

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

33

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GUY SEILLÉ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris
Né à Coulommiers (S.-et-M.), le 18 Octobre 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

la Pathogénie et du Traitement

DU MÉGACOLON

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

616

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GUY SEILLÉ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris

Né à Coulommiers (S.-et-M.), le 18 Octobre 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

la Pathogénie et du Traitement

DU MÉGACOLON

Président : M. GOSSET, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Thérapeutique.	LŒPER.
Hygiène	TANON.
Médecine égale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LAREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	JOYEUX Parasitologie.
ALAJOUANINE Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
AUBERTIN Pathologie médicale.	LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
BASSET Pathologie chirurgicale.	LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
BAUDOUIN Pathologie médicale.	LEROUX Anatomie pathologique.
BINET Physiologie.	LÉVY-SOLAL Obstétrique.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.	LHERMITTE Pathologie mentale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	LIAN Pathologie médicale.
BRULÉ Pathologie médicale.	MATHIEU Pathologie chirurgicale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	METZGER Obstétrique.
CHABROL Pathologie médicale.	MONDOR Pathologie chirurgicale.
CHIRAY Pathologie médicale.	MOURE Pathologie chirurgicale.
CLERC Pathologie médicale.	MULON Histologie.
DEBRÉ Hygiène.	OBERLING Anatomie pathologique.
DOGNON Physique.	OLIVIER Anatomie.
DONZELOT Pathologie médicale.	PHILIBERT Bactériologie.
DUVOIR Médecine légale.	QUÉNU Pathologie chirurgicale.
ÉCALLE Obstétrique.	RICHET Fils Physiologie.
FIESSINGER Pathologie médicale.	SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
GARNIER Pathologie expérimentale.	VALLERY-RADOT (Pasteur) Pathologie médicale.
GATELLIER Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL Obstétrique.
GIROUD Histologie.	VELTER Ophtalmologie.
HARVIER Pathologie médicale.	VERNE Histologie.
HEITZ-BOYER Urologie.	
HOVELACQUE Anatomie.	
HUTINEL Pathologie médicale.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
GUÉNIOT Obstétrique.	RETTERER Histologie
LEQUEUX Obstétrique.	ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE

GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de mon admiration, de ma re-
connaissance et de mon attachement.*

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR LECÈNE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL ST-LOUIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de mon dévouement et des
sentiments respectueux de ma vive grati-
tude.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR G. LARDENNOIS

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES PETITS MÉNAGES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MOCQUOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BICHAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR FREDET

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA Pitié

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat

- 1920-1921. M. LE DOCTEUR GARNIER.
1921-1922. M. LE PROFESSEUR LECÈNE.

Internat

- 1922-1923. M. LE DOCTEUR FREDET.
M. LE PROFESSEUR LECÈNE.
1923-1924. M. LE DOCTEUR MOCQUOT.
M. LE DOCTEUR LARDENNOIS.
1924-1925. M. LE PROFESSEUR LECÈNE.
1925-1926. M. LE PROFESSEUR GOSSET.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR

MM. LES DOCTEURS : GOUVERNEUR, GAUDART D'ALLAINES, MOULONGUET, SENÈQUE, R. MONOD, PETIT-DUTAILLIS, CHARRIER, SOUPAULT, CHIRURGIENS DES HOPITAUX.

A MES MAÎTRES DE L'ECOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ

- M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE.
M. LE PROFESSEUR HOVELACQUE.

Introduction

Le traitement chirurgical du mégacôlon, jusqu'à ces dernières années, était loin d'être fixé d'une façon certaine, aussi bien dans ses indications que dans ses méthodes et ses techniques. Hirschsprung qui, le premier, fit paraître un travail important sur cette curieuse affection, en 1886 et 1896, en donnait une bonne description anatomo-pathologique et clinique, mais en présence des six cas qu'il avait pu observer sa thérapeutique avait été assez désarmée. Des purgations répétées avec de l'huile de Ricin, des lavements fréquents au moyen d'une sonde enfoncée profondément dans le rectum, et, dans un cas, une ponction intestinale faite au trocart pour parer à un tympanisme énorme et croissant, tels étaient les moyens employés, bien disproportionnés avec la gravité de l'affection. D'ailleurs, quatre des six enfants traités succombaient rapidement et les deux autres perdus de vue, sans aucune amélioration de leur état.

M. le P^r P. Duval, en 1903, dans un travail d'ensemble sur la dilatation dite idiopathique du gros intestin, reprenait l'étude des nouvelles observations publiées depuis Hirschsprung et essayait d'en dégager des conclusions au point de vue du traitement. Le traitement médical doit être mis en œuvre tout d'abord : purgations, lavements portés avec une sonde à 15-25 centimètres de profondeur, massage abdominal, lavement électrique, hygiène alimentaire très sévère. Ce traitement doit être poursuivi avec persévérance, mais les résultats n'en sont pas très brillants. « Les échecs sont fréquents, l'affection suit une marche progressive et

les complications graves ne tardent pas à apparaître ». C'est alors que « l'action opératoire devient nécessaire lorsque le traitement non sanglant a échoué ». C'était donc considérer l'intervention comme un ultime moyen presque désespéré. Il faut reconnaître que sur les 20 cas retrouvés par M. le P^r P. Duval les résultats sont bien peu encourageants :

4 ponctions intestinales : bien supportées, mais sans effet sur l'évolution de la maladie ;

4 colostomies, 1 mort, 1 échec complet, 1 cas perdu de vue, 1 résultat satisfaisant au bout d'un an 1/2 ;

2 laparotomies exploratrices, 1 mort, 1 échec ;

1 laparotomie avec ponction de l'anse colique : 1 mort :

4 colopexies : 3 échecs, 1 résultat satisfaisant ;

5 colectomies : 1 mort ; 2 mauvais résultats ; 2 bons résultats.

En résumé, sur 20 interventions, 4 morts, 11 échecs : 20 % de mortalité opératoire, 55 % de mauvais résultats, 20 % seulement de résultats satisfaisants et encore sur des malades revus à brève échéance. Aussi, M. le P^r P. Duval terminait-il en écrivant que « la formule thérapeutique ne peut encore vraiment être donnée. La colostomie et la colopexie semblent devoir être écartées, la colectomie réservée aux ectasies segmentaires, l'iléo-sigmoidostomie aux ectasies totales. Préciser davantage est impossible, mais il est logique d'espérer qu'une plus grande connaissance de l'affection conduise à un traitement chirurgical bien réglé.

En 1909, Pierre Duval, dans la Revue de Chirurgie, reprend l'étude des résultats opératoires dans le traitement du mégacôlon. Cette fois, son étude critique repose sur 94 opérations, recueillies dans la thèse de Dautziger. Un point se trouve définitivement établi : la supériorité du traitement chirurgical sur le simple traitement médical. 59 cas ont été traités médicalement, ils ont donné 74 % de mortalité ; 35 cas ont été traités chirurgicalement avec une

mortalité de 34 %. Mais quelle formule thérapeutique chirurgicale adoptée ? On a pratiqué pas moins de huit méthodes différentes, chacune comportant des variantes importantes de technique. « Ce nombre seul suffit à affirmer l'incertitude du traitement chirurgical ».

LA LAPAROTOMIE EXPLORATRICE a été faite 15 fois. Même si elle est suivie de massage et d'électrisation comme le veut Brentano, elle doit, on le comprend sans peine, être vouée à l'échec. Elle n'est pas inoffensive puisqu'elle a occasionné 3 morts. Quant aux 12 guérisons signalées par les auteurs, elles paraissent bien suspectes. En effet, si on lit les observations, on apprend que certains résultats « éloignés » remontent à 14 jours, 20 jours, 3 semaines, 2 ans, et que dans les autres cas une intervention itérative a été nécessaire : Ponction colique, anus contre nature, reposition de l'anse dilatée et tordue ; ce qui indique des résultats bien inexistants.

L'ANUS CONTRE NATURE n'a pas l'innocuité que l'on pourrait croire : c'est qu'en général, il s'adresse à des cas en pleine occlusion, par conséquent très graves. D'autre part, à cette période, on ne connaissait pas encore la fréquence toute particulière du volvulus de l'anse sigmoïde atteinte de mégacôlon et tous les cas d'occlusion étaient traités par l'anus contre nature. Si celui-ci peut améliorer une obstruction par des fécalomes, il est le plus souvent incapable d'empêcher l'évolution fatale d'un volvulus. D'ailleurs, dans la statistique de Duval, il n'est pas encore fait la distinction que les recherches récentes ont montré capitale entre les cas de mégacôlon traités à froid, et ceux traités en période d'obstruction ou d'occlusion par volvulus. De même, il n'est pas précisé si l'anus a été pratiqué au-dessus de l'ectasie colique, sur le cæcum, ou au contraire sur l'anse dilatée. En bloc, la statistique donne 18 cas traités par anus contre-nature avec 9 morts post-opératoires. Des 9 malades qui survivent à l'établissement de cet anus,

2 succombent au moment de la fermeture de l'anus, 2 meurent à la suite d'une nouvelle crise d'iléus, 3 doivent subir une ou plusieurs opérations itératives, 1 cas amélioré tant que l'on fait des lavages par la fistule colique s'aggrave dès que l'on referme l'anus.

LA COLOTOMIE pour extraire un **fécalome** a été faite 5 fois, avec 2 morts post-opératoires et 3 cas sans amélioration : ce qui en fait une déplorable intervention.

D'autres méthodes que l'on peut dire orthopédiques essayent de rétablir le volume de l'anse par COLOPLICATURE (6 cas, 5 échecs), la fixité et la situation du côlon ectasié par COLOPEXIE (10 cas, 7 échecs) ou bien encore se proposent d'assurer l'évacuation de la poche colique en supprimant les valvules que Perthes accuse d'être à l'origine du mégacôlon. Tous ces résultats ne sont pas satisfaisants.

Par des ANASTOMOSES INTESTINALES, certains auteurs ont essayé d'établir des courts-circuits et ainsi de détourner les matières du sac colique où elles stagnent. On a fait des anastomoses colo-coliques : entre les 2 pieds du côlon pelvien ectasié (1 mort rapide par péritonite, 1 mort par iléus au bout de 4 semaines, 1 guérison), entre transverse et rectum (1 mort par gangrène, 1 guérison), entre cæcum et sigmoïde (1 guérison). On préfère, en général, les anastomoses iléo-sigmoïdiennes, ou iléo-rectales, qui ont donné 1 mort par volvulus, 1 échec obligeant à une colectomie ultérieure, 3 malades améliorés, mais suivis seulement 1 an, 5 mois, 9 mois.

LA COLECTOMIE pratiquée 23 fois a donné 6 morts. Les résultats éloignés ne sont pas toujours notés. Pourtant, dans 14 cas, on peut espérer une guérison durable.

De ce travail important, il est difficile de tirer une conclusion « à cause de la variabilité des cas ». On peut rejeter la laparotomie simple qui est sans effet, n'accorder qu'une valeur momentanément palliative à l'anus contre nature et à la colotomie. Rejeter catégoriquement la colo-

plicature illusoire sur ces ectasies coliques aux parois rigides et cartonnées, la colopexie qui laisse en place la poche colique où stagnent les matières et où s'élaborent des produits extrêmement toxiques. Il ne reste en présence que l'entéro-anastomose et la colectomie. Pour Pierre Duval, la colectomie doit être réservée aux cas d'ectasie segmentaire, l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du côlon aux cas d'ectasie totale. Mais les conclusions ne sont pas très fermes et quoique l'expérience se soit accrue de cas nouveaux, « il n'en persiste pas moins que les préceptes thérapeutiques, en ce qui concerne le mégacôlon, sont encore peu fixés et fort discutés ».

En 1910, au Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, la question du mégacôlon est mise à l'ordre du jour et Patel, qui en était rapporteur, par l'examen de 114 interventions qu'il a pu rassembler, aboutit à des conclusions qui confirment celles précédemment exposées de M. le P^r Pierre Duval. Avec lui, il considère comme sans valeur la laparotomie exploratrice et la colostomie, comme très dangereuses, la colotomie pour extraire un fécalome, et enfin comme très illusoire la coloplicature et la colopexie. Il accorde une place très importante à l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale qui est une opération bénigne et sur laquelle on pourrait « fonder les plus légitimes espérances » quand on saura exactement si le mégacôlon exclu s'atrophie. La colectomie, qui est évidemment plus rationnelle, lui paraît trop meurtrière, surtout lorsqu'elle est faite en un temps (chez l'enfant : 50 % de mortalité ; chez l'adulte : 62 %). Par contre, la colectomie en plusieurs temps, et surtout précédée d'un anus cæcal, ainsi que P. Duval l'a fait en 1909 sur une femme de 45 ans, lui paraît « l'opération idéale » d'une gravité atténuée (enfant, 9 cas : 9 guérisons ; adulte, 6 cas : 5 guérisons) et capable d'assurer des suites éloignées les meilleures. Enfin, il termine en posant les indications du traitement opératoire dans le méga-

côlon. Chez l'enfant : avant 2 ans, pas de traitement chirurgical ; de 2 à 5 ans, intervention exceptionnelle ; de 5 à 15 ans, préférer l'iléo-sigmoïdostomie et ne faire la colectomie précédée d'anus cæcal que chez les sujets résistants porteurs d'un mégacôlon bien limité. Chez l'adulte : en cas de tumeur stercorale, extirper le fécalome soit par l'anus, soit par colotomie et faire une anastomose iléo-sigmoïdienne avec exclusion unilatérale. En cas d'accident aigu, faire une cæcostomie ; il serait parfois préférable de faire une laparotomie médiane qui permettra de reconnaître un volvulus et d'en pratiquer la détorsion. En cas d'accident chronique, faire une iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale ou une colectomie en 2 temps si l'ectasie est bien localisée.

Telles sont les conclusions de Patel, qu'il reprendra un an plus tard dans un article écrit en collaboration avec Gayet dans le *Lyon chirurgical*.

Ainsi commence à se préciser la thérapeutique chirurgicale du mégacôlon. On ne dit plus, comme en 1903, que la chirurgie ne doit venir que comme pis-aller après un long et persévérant traitement médical. Celui-ci a perdu du terrain et n'est plus conseillé que pour les tout jeunes enfants. De même, de la multitude des méthodes chirurgicales proposées au début pour lutter contre l'ectasie colique, deux méthodes apparaissent comme nettement supérieures aux autres et comme seules capables d'assurer une guérison durable : l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale et la colectomie — Pierre Duval préfère cette dernière, Patel la trouve logique, mais peut-être trop dangereuse et pour lui « l'anastomose avec exclusion doit, dans la plupart des cas, rallier tous les suffrages. »

Mais ce qui manque encore, ce sont les indications précises de ces différentes méthodes, en même temps que la détermination exacte des techniques opératoires pour diminuer la gravité de cette chirurgie colique.

De grands progrès seront faits à partir de 1919. De tous côtés, en France, aux Etats-Unis, en Amérique du Sud, en Angleterre, en Italie, en Allemagne de nouveaux cas sont signalés, opérés avec les techniques nouvelles, et surtout revus après des délais plus ou moins éloignés. La symptomatologie de l'affection s'enrichit de nouvelles formes cliniques que la radiographie et l'emploi de la rectoscopie permettent de déceler avant que n'apparaissent les graves complications d'occlusions qui obligent à entreprendre le traitement dans des conditions de gravité toute particulière.

D'autre part, les nombreuses observations de volvulus de l'S iliaque qui ont été publiées dans ces dernières années à la Société de Chirurgie montrent que cette torsion intestinale se produit généralement sur des anses sigmoïdes volumineuses où déjà, depuis longtemps, la stase fécale a déterminé au niveau du méso cette méso-sigmoïdite fibreuse rétractile qui entrave les pieds de l'anse et prépare ainsi la torsion. En résumé, presque tous les volvulus sigmoïdiens surviennent sur des mégacôlons. C'est une complication de l'ectasie colique. Ceci nous fait comprendre que la détorsion sera toujours insuffisante à guérir définitivement, que la récurrence sera fatale puisque les conditions de la torsion subsistent et qu'enfin même si la torsion ne se reproduit pas, le malade restera porteur d'un mégacôlon et sujet aux troubles qu'il détermine. La thérapeutique dans le volvulus doit donc se proposer deux buts : guérir l'occlusion, guérir le mégacôlon, de même que dans une hernie étranglée, comme le faisait déjà remarquer von Eiselsberg, en 1899, il ne suffit pas de libérer l'anse étranglée, mais il faut encore fermer l'orifice pariétal par lequel elle s'engage. Cette très grande fréquence du volvulus comme complication du mégacôlon a été bien remarquée par Forgne, qui, dès 1920, signalait que ces anses géantes tordues se rattachent indiscutablement à l'histoire de la maladie d'Hirschsprung. Lecène, dans le cas de volvulus à répétition qu'il rapportait en 1910 pensait que la distension

de l'anse était secondaire à ces torsions répétées et qu'il s'agissait d'un « véritable mégacôlon acquis ». Il semble bien, aujourd'hui, que la proposition de cause à effet doive être retournée.

Enfin si l'histoire clinique du mégacôlon se trouvait définitivement précisée aussi bien dans ses différentes formes, que dans ses complications, l'augmentation du nombre des observations chez l'adulte et chez l'enfant allait permettre d'ébaucher de nouvelles hypothèses pathogéniques et d'ouvrir ainsi la voie à de nouvelles méthodes thérapeutiques. Si certaines de ces pathogénies ne sont que d'ingénieuses constructions de l'esprit, d'autres semblent mériter une attention toute particulière puisqu'elles ont permis d'en déduire une thérapeutique très simple, capable d'amener, comme nous le verrons, une guérison définitive de volumineux mégacôlons.

En résumé, dans ces dernières années, le traitement chirurgical du mégacôlon semble s'être définitivement fixé, d'une part grâce au progrès que la chirurgie colique a réalisé au point de vue technique et méthode, d'autre part, grâce aux nombreuses observations qui ont été publiées un peu dans tous les pays sur ce sujet. Mais il n'existe pas un travail d'ensemble qui, se basant sur un grand nombre de cas récents, permettent de fixer une statistique moderne et de reconnaître quel est le meilleur traitement du mégacôlon, celui qui donne la plus faible mortalité et les suites éloignées les plus favorables.

C'est ce travail que nous avons voulu entreprendre. Au près de notre maître, M. le Professeur Gosset, nous avons eu l'occasion de voir traiter plusieurs cas de mégacôlon : traitement qui s'adressait à des variétés cliniques différentes, qui employait des méthodes différentes. Nous avons pu recueillir les documents cliniques, radiographiques, et photographiques de chacun de ces cas, nous avons pu constater les suites post-opératoires et surtout, point capital,

pour se rendre compte exactement de la valeur d'un traitement, revoir ces malades plusieurs mois, plusieurs années après leur opération et ainsi juger des résultats éloignés.

Nous apportons ainsi 13 observations inédites. M. le Docteur Monod a bien voulu nous confier deux cas de sa pratique particulière. Enfin, M. le Docteur Lardennois et M. le Docteur Bensaude nous ont donné des renseignements sur des malades dont ils avaient déjà publié les observations, mais qu'ils ont pu revoir récemment et dont ils ont pu ainsi confirmer la persistance de la guérison. Nous avons cru bon d'ajouter à ces observations inédites les observations que nous avons trouvé publiées soit dans le bulletin de différentes sociétés de chirurgie ou de médecine, soit dans des publications variées, aussi bien en France qu'à l'étranger. Mais nous avons tenu à n'utiliser que les cas de ces dernières années, où ont été employées les méthodes modernes de la chirurgie colique, de façon à obtenir une statistique homogène. Notre travail reposera ainsi sur l'étude de 63 observations. Ce travail pourra sembler ne pas apporter des notions très nouvelles sur le traitement du mégacôlon; nous nous en excusons ; mais nous ne croyons pas, malgré tout, qu'il soit absolument inutile dans cette évolution permanente de la thérapeutique chirurgicale vers un traitement meilleur, comportant moins de risque, donnant de meilleurs résultats définitifs, de marquer une étape, pour mieux juger la valeur des méthodes que nous avons maintenant à notre disposition.

En 1925, à la Société de Chirurgie, M. Veau réclamait pour le traitement du mégacôlon « une intervention simple, facile ne mettant jamais en danger la vie de l'opéré ». Ainsi, disait-il, on pourra « faire admettre par les médecins que le mégacôlon doit être opéré avant les accidents d'occlusion ». C'est que, malheureusement, pour beaucoup de médecins, les indications du traitement chirurgical du mégacôlon sont restées telles qu'elles étaient en 1903, il y a 26 ans, « L'action opératoire devient nécessaire quand le

traitement médical persévérant a échoué ». Ils ne croient pas à l'efficacité de l'acte chirurgical. Au Congrès de Pédiatrie de langue française, en septembre 1924, M. Taillens, Professeur de clinique médicale à Lausanne, apportait 4 nouveaux cas de mégacôlon et en montrant la pièce d'autopsie de l'un de ces cas déclarait que cette affection était au-dessus de toutes ressources thérapeutiques. « Je ne pense pas, disait-il, qu'on puisse, à bon droit, conseiller une intervention opératoire ; celle-ci ne pourrait être qu'un anus iliaque, avec si peu de chances ultérieures de guérison et en tous cas avec une survie si misérable qu'il est plus humain de laisser mourir l'enfant que de vouloir à tout prix, même par une opération si aléatoire, le faire vivre mal et pendant peu de temps ».

Nous ne partageons pas l'avis de M. Taillens et nous croyons comme M. Veau qu'« un mégacôlon n'est pas incurable parce qu'il a résisté aux purgatifs et aux lavements et que si la médecine est impuissante par ses médicaments son rôle vraiment efficace est de permettre l'action du chirurgien ». D'autant que les résultats obtenus, comme nous allons le voir, ne sont pas si aléatoires et comportent, même dans les cas les plus graves, des guérisons fort encourageantes.

Pathogénie du Mégacôlon

Avant d'entreprendre l'étude du traitement du mégacôlon nous pensons qu'il n'est pas inutile d'essayer de préciser la pathogénie de cette affection. En effet, s'il s'agit d'une malformation congénitale, si le sac colique où vont s'accumuler les matières fécales est préformé, il ne peut y avoir qu'un seul traitement efficace de cette maladie à quelque stade qu'on le reconnaisse, l'ablation avec rétablissement de la continuité intestinale. « Il faut enlever le mégacôlon comme une tumeur ». Si, au contraire, l'ectasie colique est secondaire à un obstacle au cours des matières, on peut espérer qu'en traitant précocement la cause même de la stase fécale, on pourra arrêter l'accroissement de la dilatation intestinale sus-jacente, et même la faire disparaître. Malheureusement, cette pathogénie est encore bien obscure ; pourtant, parmi les nombreuses théories qui ont été émises, il semble que peu à peu une sélection se fasse et qu'ainsi on commence à pouvoir envisager un traitement étiologique du mégacôlon.

Tout d'abord, il faut bien définir ce que l'on entend par mégacôlon : c'est une affection caractérisée par un allongement, et une dilatation d'une partie ou de la totalité du côlon avec hypertrophie des parois, sans qu'il y ait un obstacle anatomique sous-jacent, manifeste, intra ou extra-intestinal. La dilatation colique que l'on peut rencontrer au-dessus d'une tumeur néoplasique, tuberculeuse, syphilitique, du côlon ou encore à la suite d'une compression de ce dernier par une bride ou une masse inflammatoire pel-

vienne n'est pas un mégacôlon. C'est une rétrodilata-tion simple. Et c'est à tort, à notre avis, que, dans sa classification pathogénique des différents cas de mégacôlon, Menez, dans sa thèse inspirée par Delagenière, fait entrer 10 cas de mégacæcum consécutifs à des cancers ou des adhérences de l'S. iliaque, deux cas de mégacôlon droits consécutifs à des néoplasmes sigmoïdiens, et deux cas de mégacôlons pelviens consécutifs à des tumeurs rectosigmoïdiennes ou à une compression par un foyer purulent rétrovésical.

C'est d'ailleurs cette absence de sténose sous-jacente à l'ectasie colique qui a fait penser aux premiers observateurs qu'il s'agissait d'une dilatation idiopathique. Hirschsprung qui, le premier, échaffauda une théorie pathogénique de cette affection avait vainement recherché à l'autopsie de 4 cas qu'il avait pu observer une sténose intestinale sous-jacente. Dans les quelques observations éparses qui avaient été publiées avant 1886, tous les auteurs avaient fait la même remarque. Un deuxième fait ne manquait pas non plus d'attirer l'attention : presque tous les cas sont découverts chez des enfants. Les malades d'Hirschsprung étaient 6 garçons âgés respectivement de 3 jours, de 2 mois $1/2$, de 7 mois, de 8 mois, de 8 ans, de 10 ans. La malade de Ruysch est âgée de 5 ans, celui d'Ammon, un nourrisson, ceux de Gée, des garçonnetts de 4 ans et 4 ans $1/2$; la malade de Bristowe, est âgée de 8 ans, celle de Gaume, une jeune fillette.

C'est une affection de l'enfance, c'est une dilatation sans rétrécissement sous-jacent. Aussi Hirschsprung considérait cette affection comme une véritable maladie spéciale, *la dilatation congénitale et idiopathique du côlon*.

Idiopathique parce que la dilatation constitue à elle seule la lésion primitive et n'est pas le résultat d'un obstacle au transit colique ; congénitale parce qu'elle dérive d'une anomalie segmentaire de développement du côlon au cours de la vie fœtale, ce qui explique que l'affection soit avant tout une affection de l'enfant.

Deux objections pourtant pouvaient être faites à la théorie pathogénique d'Hirschsprung :

1° Si l'on admet que l'ectasie colique est congénitale c'est-à-dire que l'enfant naisse avec un côlon dilaté, comment peut-on expliquer que parfois les symptômes n'apparaissent que chez l'adulte ? Le fait, aujourd'hui bien connu — la plupart des observations que nous apportons concernant des adultes — avait été déjà signalé à l'époque où Hirschsprung décrivit l'affection qui porte son nom. Les observations de Favalli et de Banks, décrivaient un mégacôlon chez deux hommes d'une cinquantaine d'années. A ces deux faits, Hirschsprung répondait en distinguant le mégacôlon congénital idiopathique de l'enfant, du mégacôlon de l'adulte qui, à son avis, était un pseudo-mégacôlon, un mégacôlon acquis non congénital.

2° Une deuxième observation non moins importante lui était adressée. Comment expliquer l'hypertrophie de la couche musculaire de la paroi du mégacôlon si la dilatation est idiopathique ? On comprendrait cette hypertrophie si le côlon avait dû lutter contre un obstacle. Mais si l'ectasie est primitive la stase fécale ne devrait qu'exagérer la dilatation et amincir les parois du sac colique.

Genersich avait écarté cette objection en admettant que l'anomalie de développement du côlon porte à la fois sur son calibre et sur sa musculature. La dilatation comme l'hypertrophie de la paroi relève du même vice congénital.

Pour Mya la lésion primitive est une ectasie limitée du côlon avec hyperplasie conjonctive de la paroi. Cette ectasie gêne le transit du contenu intestinal, amène de la stase d'où lutte du côlon sus-jacent et hypertrophie secondaire de la musculature. C'est déjà considérer que le mégacôlon n'est pas entièrement idiopathique.

Des attaques violentes ne tendaient pas à être formulées contre la théorie d'Hirschsprung. Trèves le premier, en 1898, rejette cette hypothèse de l'ectasie idiopathique. « La

majorité des cas chez les gens âgés sont de simples dilata-tions au-dessus d'obstructions mécaniques incomplètes ».

Fenwick (1900) considère « l'hypertrophie des parois coliques comme le fait fondamental. L'estasie colique est toujours consécutive à une occlusion mécanique quelcon-que ».

Marfan, en France, soutient que « rien ne prouve que la dilatation soit une modification primitive ; elle n'a jamais été rencontrée chez un enfant venant de naître ».

Ainsi prenait naissance la théorie du mégacôlon non plus idiopathique mais secondaire à une gêne du transit intestinal. Ce n'est plus la maladie de Hirschsprung mais le syn-drome d'Hirschsprung. Cependant où siège l'obstacle ? Quel est cet obstacle ? A quel moment agit-il ?

Pour certains auteurs, l'obstacle ne serait que tempore-naire, se produirait au début de la vie ou même pendant la vie intra-utérine, pour disparaître ensuite, mais ayant assez duré pour que l'ectasie colique se soit produite et continue à se développer par la stase fécale.

C'est ainsi qu'Okinczyc accuse à l'origine du mégacôlon l'existence d'un *volvulus foetal* incomplet « suffisant pour
« créer l'obstacle contre lequel va lutter l'intestin qui se di-
« late, s'allonge, et s'hypertrophie, insuffisant pour déter-
« miner des troubles vasculaires et de la nécrose, assez peu
« marqué pour que sa réduction spontanée soit possible.
« Si ce *volvulus* incomplet est précoce et contemporain de
« la torsion intestinale, il déterminera un microcôlon. S'il
« est tardif quand le méconium justifie déjà un fonction-
« nement actif de l'intestin, on conçoit qu'il aboutisse à la
« forme de mégacôlon avec hypertrophie compensatrice de
« la musculature en amont de l'obstacle ».

Cette théorie ingénieuse paraît bien improbable. Ce vol-vulus foetal qui expliquerait le mégacôlon congénital de l'enfant n'a jamais été constaté et n'est qu'une hypothèse. Quant au *volvulus sigmoïdien* que l'on constate chez l'adulte, on sait bien, maintenant, qu'il ne se produit jamais sur

une anse colique normale, mais sur une anse modifiée dans son volume, sa longueur, et surtout dans la forme de son méso atteint de méso-sigmoïdite rétractile, toutes lésions qui sont la conséquence d'un mégacôlon existant déjà depuis longtemps.

Un auteur italien, Maragliano, relatait récemment une observation personnelle où il avait découvert chez un enfant un mégacôlon coexistant avec une coalescence partielle des parois rectales. Il se demande si là n'est pas l'explication du mégacôlon dit congénital. On sait, en effet, qu'au cours de la vie embryonnaire l'intestin est à un moment donné en état d'*occlusion anatomique*. Si cette occlusion se dissout plus tard que normalement, le méconium qui commence à cheminer vers le 7^e mois de la vie intra-utérine peut se trouver arrêté. D'où stase, distension sus-jacente et constitution d'un mégacôlon qui sera congénital mais acquis. A la naissance, l'occlusion disparaît, mais la conséquence subsiste sous forme d'ectasie colique dont il est alors impossible de découvrir la véritable cause.

En résumé, pour Okinczyc et Maragliano, il y a un obstacle anatomique primitif, volvulus ou occlusion de l'intestin, qui détermine le mégacôlon, mais cet obstacle disparaît à la naissance et c'est pourquoi l'affection semble ensuite idiopathique.

A côté de ces hypothèses qu'aucun fait ne vient vérifier d'autres théories pathogéniques se sont construites, pour lesquelles l'obstacle, cause de la dilatation colique, résulterait d'une malformation pariétale segmentaire du côlon, soit malformation dans la structure musculo-conjonctive, soit malformation dans son innervation.

Pour Concetti qui a donné, dès 1889, un examen histologique très complet de l'état des parois du mégacôlon, l'obstacle au transit intestinal devrait être recherché dans une malformation congénitale de la paroi colique qui présente un développement considérable du tissu conjonctif. Cette *hyperplasie conjonctive* générerait les mouvements péristal-

tiques et serait ainsi une cause de stase fécale, sans qu'il y ait le moindre rétrécissement de la lumière intestinale. Cette stase fécale déterminerait secondairement les deux caractéristiques anatomo-pathologiques de l'affection : d'une part l'hypertrophie musculaire de défense, d'autre part la dilatation. C'est à cette théorie que se ralliait, en 1903, M. le P^r P. Duval. « Le mégacôlon relève d'une malformation congénitale : l'hyperplasie du tissu conjonctif de la paroi colique entraînant secondairement la dilatation de l'intestin. Cette ectasie colique peut être vraiment congénitale, c'est-à-dire exister à la naissance ; elle peut encore se développer pendant la vie extra-utérine soit dans les premiers mois, soit dans les premières années, soit tardivement, mais elle reste d'origine congénitale, relevant d'une malformation embryonnaire ».

Mais, là encore, on peut se demander si Concetti et P. Duval n'ont pas pris les conséquences pour la cause. Certes, il y a dans les parois des mégacôlons une hyperplasie conjonctive manifeste, mais cette réaction conjonctive n'est-elle pas simplement le résultat de l'infection chronique qu'entretient la stase fécale et de la même nature que la méésentérite scléreuse que l'on retrouve au niveau du méso?

Plus récemment, Sencert admettait l'existence de 3 sortes de mégacôlons : un mégacôlon congénital existant à la naissance, évoluant rapidement, sorte de gigantisme localisé de l'intestin et qui constituerait la véritable maladie d'Hirschsprung idiopathique et congénitale, un mégacôlon acquis consécutif à un obstacle mécanique et enfin une troisième variété qui, d'après lui, serait la plus fréquente, qui apparaîtrait lentement, progressivement, de la jeunesse à l'âge mûr, et qui serait dû à une *malformation tissulaire* des parois du gros intestin. Cette dernière explication nous ramène donc à la théorie de Concetti et de Duval, mais ces auteurs avaient pris soin de nous fixer en quoi consistait la « malfaçon tissulaire », alors que Sencert l'invoque sans nous en donner aucune explication. D'ailleurs, si

les parois coliques frappées de « malfaçon tissulaire » sont incapables de supporter les pressions excentriques et pour cela se laisse dilater, on s'explique mal que justement ces parois, une fois la lésion constituée, présentent une hypertrophie de la couche musculaire.

Une autre hypothèse a été envisagée pour expliquer la stase fécale, la dilatation colique, c'est l'existence d'un *trouble neuro-musculaire du côlon*. Certaines observations plaident en faveur de cette cause.

Bensaude et Hillemand, dans le mémoire original qu'ils ont publié dans les Annales de Médecine en 1922, sur la maladie d'Hirschsprung, notent le cas de Finkelstein qui a pu constater à l'autopsie d'un enfant mort d'une syphilis cérébro-spinale l'existence d'un mégacôlon typique avec hypertrophie notable de la paroi intestinale.

Riche a présenté à la Société de Chirurgie, en 1912, un mégacôlon survenu chez une femme de 70 ans et se traduisant depuis 3 ans seulement par une distension exagérée de l'abdomen. A l'opération, il trouva une anse sigmoïdienne énorme, s'étendant jusque sous le foie, rempli de gaz et sans sténose sous-jacente. Quoique l'anse fut le siège de contractions péristaltiques, il ne put s'empêcher de penser à une « distension paralytique ou tout au moins à un vice d'innervation ou à un défaut de tonicité du côlon pelvien ». Mouriquand et Bernheim, en 1926, signalaient l'existence d'un mégacôlon chez un enfant myopathique et enfin, tout récemment, en janvier 1928, R. Bensaude, André Cain et Lanyani publiaient un cas très intéressant de mégacôlon sigmoïde énorme dont les premières manifestations sont apparues 1 an après une encéphalite épidémique. Ils se demandent si, chez leur malade, « le mégacôlon était réellement congénital, mais latent, et seulement révélé à la faveur des troubles complexes neuro-musculaires que l'encéphalite réalisa ou bien si cette encéphalite a réalisé de toute pièce une maladie d'Hirschsprung ».

Ces différents auteurs ne soulèvent la possibilité d'un

trouble neuro-musculaire à l'origine du mégacôlon que pour expliquer des cas particuliers. Certains vont plus loin et pensent que le mégacôlon relève toujours d'un trouble nerveux ou plus exactement d'un déséquilibre entre les deux innervations motrices du côlon, sympathique et parasympathique. On sait, en effet, que la musculature du rectum et du côlon reçoit du nerf pelvien émané des 1^{re}, 2^e et 3^e paires sacrées des filets nerveux qui se rendent aux plexus d'Auerbach de la paroi intestinale. L'excitation de ce nerf pelvien provoque des contractions violentes au niveau du côlon terminal et du rectum, en même temps qu'un relâchement du sphincter externe de l'anus. S'opposant à cette innervation para-sympathique, des filets émanés du sympathique lombaire et sacré ont une action inverse à celle du nerf pelvien. Si on excite le sympathique lombaire au moment d'une contraction colique, celle-ci est inhibée. Si on répète la même excitation dans une période de repos, on voit la musculature colique se relâcher et le côlon se laisser distendre cependant que le sphincter anal se contracte énergiquement.

Tels sont les faits que révèle l'étude expérimentale de l'innervation motrice du côlon. Or, on ne peut manquer d'être frappé, à la lecture de nombreuses observations de mégacôlon chez l'enfant de la coexistence fréquente d'une ectasie colique et d'un spasme du sphincter anal. Ce qui cadre bien avec la théorie pathogénique qui invoque un trouble de l'innervation motrice de l'intestin, un déséquilibre en faveur de l'innervation sympathique. Barthe admet cette hypothèse, avec Hunter et surtout avec Wade et Royle, qui ont même décrit un traitement chirurgical de la maladie d'Hirschsprung basé sur cette donnée physiologique.

Jusqu'ici, les différentes théories que nous venons d'énumérer admettent que le mégacôlon est la conséquence d'un obstacle à la stase fécale, mais cet obstacle ne peut être retrouvé au moment de l'opération ou au moment de l'au-

topsie, soit parce que cet obstacle a été éphémère (volvulus fœtal, occlusion anatomique de l'intestin), soit parce que c'est une simple malformation de la paroi colique ou un dérèglement de l'innervation de la musculuse. C'est dire que dans tous les cas il serait impossible d'intervenir directement sur la cause, sauf peut-être si elle réside en un déséquilibre de deux innervations antagonistes — et que, par conséquent, le traitement devra se contenter de traiter la lésion constituée, il ne pourra jamais l'arrêter dans son évolution et la faire rétrocéder.

Cependant, pour certains, l'obstacle existe bien anatomiquement et c'est parce qu'on ne sait pas le chercher qu'on ne le découvre pas dans la plupart des cas. De Josselin, de Jong et Muskens, en 1910, insistaient sur ce point capital qu'il faut, avant de pratiquer l'autopsie, remplir et durcir l'intestin in situ avec une injection de formol, si l'on veut en conserver tous les détails morphologiques et reconnaître exactement les coudures ou les valvules susceptibles d'en oblitérer la lumière.

En utilisant cette méthode dans un cas personnel, de Jong a pu démontrer l'existence, à l'union de l'S. iliaque dilatée et du rectum, d'une sorte de *valvule* qui permettait le passage de bas en haut, du rectum vers le côlon, mais s'opposait absolument au passage de haut en bas, du côlon vers le rectum. Cette valvule était constituée par l'un des plis transversaux de l'intestin, anormalement développés.

Il existait déjà une observation assez analogue, mais plus démonstrative encore puisque les faits étaient constatés sur le vivant. C'est l'observation classique que Perthes avait publié en 1905. Il s'agissait d'un enfant chez lequel il avait dû pratiquer une colostomie iliaque gauche. En introduisant le doigt par l'orifice de la colostomie du côté du rectum, on sentait une valvule faisant obstacle ; si on injectait de l'eau par l'anus, elle ressortait sans difficulté par la colostomie, mais dans le sens inverse, le courant d'eau était arrêté.

De Jong entreprit des recherches sur 15 cadavres et put constater qu'un pli siégeait d'une façon constante au niveau de la région recto-sigmoïdienne, pli plus ou moins accentué, mais fort capable, quand il est très développé, de déterminer l'occlusion valvulaire.

Plus tard, en 1920, il rapportait un nouveau cas chez un enfant de 3 semaines qui avait succombé à un mégacôlon volumineux. L'autopsie pratiquée après injection intra-abdominale de formol à 10 pour 100 décelait à l'union du côlon descendant et de l'S iliaque l'existence d'un éperon volumineux faisant saillie dans la lumière de l'intestin.

Bensaude, dès 1914, insistait sur la valeur de la rectoscopie comme moyen de diagnostic des mégacôlons et montrait qu'elle pourrait peut-être fournir des renseignements nouveaux capables d'éclaircir le problème pathogénique de cette affection. Or, dans les six observations rapportées par cet auteur et dont nous avons utilisé quelques-unes pour ce travail, on ne peut manquer d'être frappé que 5 fois sur 6 le rectoscope ne pénètre dans la poche colique qu'après avoir récliné une valvule « tendue comme un rideau » à des hauteurs de 9 à 10 centimètres de l'anus, et qui est beaucoup plus accusée, plus résistante et plus basse que la valvule qui existe normalement à l'entrée du côlon pelvien. Bensaude fait d'ailleurs remarquer que, dans le seul cas où il n'y avait pas de valvule, le mégacôlon ne s'accompagnait d'aucun trouble et avait été découvert par hasard à la radiographie et la rectoscopie.

Mais ces valvules que l'on constate rectoscopiquement sur le vivant, ou que l'on découvre sur le cadavre à la seule condition de durcir l'intestin in situ ont-elles une existence propre analogue aux valvules de Houston, par exemple? Si l'on déroule l'intestin et qu'on l'ouvre de bout en bout, ces valvules disparaissent. De même, dans les cas de Bensaude les opérations qui ont été pratiquées n'ont pas révélé ces fameuses valvules que l'on avait vues au rectoscope et l'examen de la pièce enlevée est aussi négatif. Dans ces condi-

tions, on peut se demander si ces valvules ne sont pas déterminées par une *coudure* de l'intestin, un pli de la paroi colique qui disparaît sitôt qu'on redresse l'anse coudée. Cette plicature résulterait évidemment d'une trop grande longueur de l'anse sigmoïde, anse encore en pleine évolution, qui quelquefois est courte et fixe, mais le plus souvent est longue et flottante. Réservoir normal des fèces avant leur expulsion, le sigmoïde peut être entraîné par leur poids dans la cavité pelvienne. Ainsi s'accuse l'angle colo-rectal et ainsi apparaît un éperon valvulaire qui ferme d'une façon autoclave la lumière intestinale. Le dolichocôlon crée l'obstacle valvulaire, et par conséquent, le mégacôlon. Perthes avait insisté déjà sur cette pathogénie qui semble bien avoir une part de vérité. A l'autopsie d'un enfant atteint de mégacôlon, il avait pu, en versant de l'eau dans le sigmoïde, amener la formation d'une coudure qui constituait un obstacle infranchissable quand la quantité de liquide était très importante. Un autre observateur avait remarqué au cours d'une intervention qu'il suffisait de relever le sigmoïde et de le placer, par conséquent, dans le prolongement du rectum pour qu'immédiatement la vidange du mégacôlon se trouve assurée.

Pour nous, nous acceptons volontiers cette explication que le dolichocôlon est, le plus souvent, à l'origine du mégacôlon par les flexuosités et les valvules qu'il peut déterminer. Mais quelle est la cause de ce dolichocôlon ?

Marfan avait, dès 1895, écrit que le « macrocôlon est à l'origine du mégacôlon » et faisait remarquer que le dolichocôlon est très fréquent chez l'enfant. On peut dire, qu'à l'état normal, chez l'enfant, le côlon n'a pas encore terminé son évolution régressive vers la fixité et la diminution de longueur. La dolichocolie est normale et, comme le bassin est très étroit, la coudure entre le rectum et le côlon pelvien est plus marquée chez l'enfant que chez l'adulte. Que cette dolichocolie s'exagère, la coudure s'accroîtra et le mégacôlon pourra se constituer. Letondal, dans sa thèse, dit

avec juste raison : « Toutes les dolichocolies ne donnent pas le syndrome d'Hirschsprung, mais la plupart des syndromes d'Hirschsprung chez l'enfant sont dus à des dolichocolies ».

Konjetzny, en 1911, était tout à fait affirmatif sur ce point : « Il y a toujours une cause anatomique identique à la base de tout mégacôlon : une anomalie de longueur ou de situation du côlon sigmoïdien. » La maladie d'Hirschsprung n'est pas une dilatation congénitale idiopathique mais bien une dilatation secondaire du côlon causée par une position vicieuse et surtout un excès de longueur de ce segment du gros intestin. Pour illustrer son explication, il cite le résultat d'une autopsie d'un nouveau-né de 3 jours atteint d'une ectasie sigmoïdienne et chez lequel on pouvait mettre en évidence une occlusion mécanique incontestable par coudure et valvule secondaire à la jonction recto-sigmoïdienne.

En parcourant les observations de Marfan que Letondal cite dans sa thèse, deux nous semblent particulièrement intéressantes. Letondal les considère comme des types de faux mégacôlon ; elles nous paraissent plutôt comme des états préparatoires de l'ectasie colique.

« Cécile F., 3 mois, depuis quelques semaines s'amaigrit et présente un tympanisme abdominal considérable. On penserait volontiers à une maladie d'Hirschsprung, mais il n'y a pas de constipation, pas de diarrhée, pas de vomissements. L'examen radioscopique (15 nov. 1923) montre une pneumatose intestinale énorme, refoulant le diaphragme et déviant l'estomac qu'on aperçoit à peine après injection de quelques cm. de liquide opaque. Une radiographie après lavement bismuthé (8 mars 1924) montre que le bismuth s'engage facilement dans le rectum et dans le sigmoïde. Il n'y a aucune espèce de paralysie de l'intestin. Mais le sigmoïde est distendu, et surtout très allongé, remontant jusqu'au diaphragme, dessinant une courbe allongée tout entière située dans le flanc droit.

Le 13 mars 1924, l'enfant meurt brusquement, à la suite d'une injection de sérum antidiphthérique. A l'autopsie, on constate un dolichocôlon sans mégacôlon.

Il est très probable que si l'enfant avait vécu un mégacôlon se serait produit. L'évacuation des gaz était seule gênée par le dolichocôlon, les contractions de la musculéuse étant encore suffisantes pour qu'il n'y ait pas de constipation : mais la fermentation intestinale énorme que la radiographie permet de constater aurait progressivement forcée la paroi colique et amené la formation d'une ectasie avec stase fécale. D'où constipation, stercorome et constitution d'un mégacôlon progressivement croissant.

La deuxième observation permet justement de surprendre cette évolution au stade de stase fécale.

« Stéphanie D..., 5 ans, se plaint depuis quelques mois de constipation, de coliques, de tympanisme abdominal. Envoyée aux Enfants-Malades, avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse. A l'examen : mauvais état général, pâleur des téguments. Ventre ballonné tympanique, avec des zones mates. A la palpation, on sent une masse dure, non douloureuse, mobile transversalement, dans la région sous-ombilicale. Au bout de 12 jours, évacuation d'un volumineux coprome, cependant que la masse de la région sous-ombilicale disparaît. La constipation persiste encore pendant quelques jours, puis les selles se régularisent, le ballonnement du ventre disparaît. La radio montre « une distension du rectum et de l'anse sigmoïde qui est incurvée et déplacée dans la fosse iliaque droite ».

Pour le radiographe qui a examiné cette petite malade il s'agirait seulement « d'un allongement un peu exceptionnel du côlon rectosigmoïde avec formation de plusieurs replis ».

Pour Marfan, et nous partageons pleinement son opinion, il s'agirait d'un cas limite pouvant évoluer ultérieurement, soit vers la dolichocolie, soit vers le syndrome d'Hirschsprung.

Ainsi semble se préciser que le dolichocôlon par ses flexuosités, par les replis valvulaires qu'il détermine et par conséquent par la stase stercorale qui en résulte, peut conduire à la formation d'un mégacôlon.

Mais une objection se présente immédiatement : le doli-

chocôlon est presque constant chez l'enfant, il est fréquent chez l'adulte et pourtant les cas de mégacôlon sont rares. C'est donc que la longueur exagérée du côlon ne constitue pas la cause unique du mégacôlon. Déjà Perthes avait remarqué dans un cas découvert à l'autopsie et signalé plus haut que si l'on versait de l'eau en petite quantité dans le côlon elle passait facilement au niveau des flexuosités de l'anse, et en particulier au niveau de la coudure recto-sigmoïdienne, mais, si on en faisait passer brusquement une grande quantité, le poids entraînait l'anse sigmoïde, la plicature s'exagérait, l'occlusion valvulaire se produisait et l'eau passait d'autant plus difficilement qu'une plus grande quantité avait été accumulée. En résumé, si les fèces s'évacuent régulièrement, le dolichocôlon peut être supporté sans trouble, mais qu'une stase fécale s'y surajoute, immédiatement le mécanisme de l'occlusion valvulaire entre en jeu, la constipation apparaît et s'aggrave. On entre alors dans un cercle vicieux : la stase fécale exagère l'obstacle, et celui-ci entraîne une stase plus marquée ; d'où formation progressive de l'ectasie colique. Dans la deuxième observation de Marfan que nous relations précédemment, l'évacuation d'un volumineux coprome a été providentielle pour la malade ; cela a fait cesser l'obstacle et, en effet, en quelques jours, la constipation et le ballonnement du ventre ont disparu. Cette petite fille garde une prédisposition anatomique au retour de pareil accident, à savoir : son dolichocôlon sigmoïde, mais si les selles demeurent régulières, aucun trouble ne surviendra. Qu'une stase stercorale se produise, immédiatement apparaîtront de nouveaux accidents et le mégacôlon pourra se constituer.

Un dolichocôlon qui s'évacue bien sera parfaitement supporté. Un dolichocôlon qui s'évacue mal, où se fait de la stase, exagérera sa longueur, luttera contre l'obstacle valvulaire et finalement se laissera forcé, se dilatera ; ce sera d'abord un dolicho-mégacôlon, puis finalement un mégacôlon.

La stase stercorale joue donc un rôle important dans la pathogénie du mégacôlon et en recherchant la cause qui provoque cette stase, nous allons découvrir le deuxième élément pathogénique important de l'ectasie colique : le *spasme*.

Déjà Fenwich, en 1900, considérait que la contraction spasmodique permanente de l'extrémité inférieure du côlon ou la contracture du sphincter externe de l'anus devaient être les causes les plus fréquentes du mégacôlon.

M. le P^r P. Duval, en 1903, acceptait comme possible une simple contraction permanente de l'intestin ainsi que Quénu l'avait signalé normalement sur certains segments du côlon. « Quant à la contracture du sphincter externe de l'anus qu'invoque Fenwick, elle est, certes, la cause fréquente de la constipation infantile, mais nous avons peine croire qu'elle puisse créer l'ectasie colique hypertrophique ».

Pourtant d'autres auteurs, Moser, Gœbel, Wilms reprenaient et confirmaient par de nouvelles observations l'opinion de Fenwick.

Récemment, Arthur F. Hurst, dans une étude sur les différents sphincters qui s'étagent tout le long du tube digestif, insistait sur le rôle important que joue le spasme des sphincters inférieurs dans la production du mégacôlon.

Pour Hurst, il existe à l'extrémité inférieure du tube digestif deux sphincters superposés. L'un, anal, est constitué par le sphincter externe de l'anus, et par la sangle énergétique du releveur. L'autre, pelvi-rectal, siège à la jonction rectosigmoïdienne, c'est-à-dire là où le côlon pelvien mobile s'unit au rectum fixe, à la hauteur de la 3^e sacrée. Déjà entrevu par James O Beirne, il a été confirmé par des recherches récentes. Les coupes de Symington sur des cadavres congelés, ainsi que les recherches de Reeve portant sur 46 sujets, ont montré son existence dans 80 % des cas. W. J. Mayo a montré, d'autre part, que la muqueuse de la région recto-sigmoïdienne sur près de 5 centimètres ne

présente pas de plis circulaires, ainsi que sur le reste du côlon pelvien, mais des plis muqueux longitudinaux, comme si le segment colique était fréquemment fermé par une action sphinctérienne.

Ces deux sphincters jouent un rôle important dans le mécanisme de la défécation. On sait, d'après les travaux récents, que contrairement à ce que pensaient les classiques les fèces ne s'accumulent pas dans l'intervalle des défécations au niveau de l'ampoule rectale qui doit rester vide chez les sujets normaux. Le bol fécal s'arrête au niveau du sphincter pelvi-rectal et s'accumule dans le sigmoïde jusqu'à ce que la distension soit telle qu'elle provoque des contractions péristaltiques et qu'ainsi se déclanche le mécanisme de la défécation.

Le premier temps de celle-ci consiste dans le passage du bol fécal du sigmoïde de l'ampoule rectale, ce passage, pour s'effectuer, nécessite un triple mécanisme ; relâchement du sphincter pelvi-rectal, invagination du côlon pelvien dans le rectum, redressement du côlon pelvien, ce qui efface la plicature colo-rectale et permet aux matières de passer dans le rectum. Ainsi s'effectue ce qu'on a appelé la «
ponté sigmoïdo-rectale ».

Il en résulte une distension soudaine des parois rectales, qui donne la sensation du besoin de défécation. Si ce besoin est satisfait, s'exécute alors le 2^e temps de la défécation : l'évacuation de l'ampoule rectale.

Ce deuxième temps s'effectue grâce à un triple mécanisme ; relâchement du sphincter anal et des faisceaux sphinctériens du releveur, péristaltisme de l'ampoule rectale, et, enfin, l'action volontaire de l'effort.

Pour Arthur F. Hurst, le mégacôlon serait toujours une rétro-dilatation colique résultant d'une gêne à la défécation : tantôt achalasie du sphincter pelvi-rectal, tantôt achalasie du sphincter anal. Dans le premier cas, il s'agit presque toujours d'un mégacôlon sigmoïde puisque c'est

l'endroit normal où stagent les fèces avant leur évacuation, plus rarement un mégacôlon total. Dans le deuxième cas, le mégacôlon sigmoïde peut s'accompagner d'un mégarectum.

Enfin, tout récemment, Comby, en 1920, publiait des observations d'enfants atteints de mégacôlon commençant, qu'une simple dilatation anale avait guéris. Et nous insisterons particulièrement sur une observation que M. le Dr Lardennois présentait en 1924 à la Société de Chirurgie où un enfant de 15 ans était déjà guéri depuis 4 ans d'un volumineux mégacôlon par une simple dilatation anale. Cette observation est rapportée plus loin complètement et M. Lardennois nous a confirmé que la guérison ainsi obtenue s'était maintenue jusqu'à maintenant.

Ayant ainsi passé en revue les différentes théories pathogéniques qui ont été proposées pour expliquer le mégacôlon, que devons-nous en retenir du point de vue du traitement ?

Nous pensons, d'après les observations que nous avons pu recueillir, qu'il existe à l'origine du mégacôlon une cause prédisposante : la dolichocolie, une cause déterminante, le spasme anal.

La dolichocolie est constante, presque normale chez l'enfant ; c'est pourquoi le mégacôlon est avant tout une maladie de l'enfance, mais elle peut se rencontrer aussi chez l'adulte comme véritable état pathologique, très probablement entretenu par une légère contracture du sphincter externe de l'anus.

Quoi qu'il en soit, qu'à la partie inférieure de ce côlon trop long, flexueux, coudé, se produise un obstacle à l'évacuation des fèces sous la forme d'un spasme anal, on voit immédiatement se produire de la rétention stercorale et gazeuse, s'exagérer les plicatures à mesure que les différents segments se distendent et ainsi se produire le mécanisme de l'occlusion valvulaire. Cette valvule sera particu-

lièrement importante à la jonction rectosigmoïdienne parce que c'est le point de charnière entre le côlon mobile et le rectum fixe. Ainsi, au spasme anal, s'ajoute cette véritable fermeture autoclave au-dessus de laquelle s'accumulent les matières et les gaz. Le côlon sigmoïde seul, ou plusieurs segments coliques, ou la totalité du côlon, entrent en lutte pour forcer l'obstacle, la musculature s'hypertrophie.

Pendant un certain temps, les fibres musculaires résistent énergiquement et victorieusement. Elles réussissent à faire franchir aux matières les parties coudées ou spasmees. Quelquefois même, elles forcent l'obstacle rectosigmoïdien et la stase fécale se fait, au-dessus du spasme du releveur, dans l'ampoule rectale et dans le sigmoïde. Il y a coexistence d'un mégacôlon et d'un mégarectum. Mais, jusqu'à cette période, l'hypertrophie des parois marche de pair avec la dilatation de la poche colique. La poche, grâce à sa musculature, est capable de se vider, la stase fécale n'est pas trop accentuée. Aussi, à ce stade, la symptomatologie est-elle très atténuée : une constipation assez tenace, avec, de temps en temps, des crises plus prolongées, véritable petite crise d'obstruction de 2 à 3 jours en rapport, probablement, avec une fermeture plus accentuée de la valvule rectosigmoïdienne, une coudure plus prononcée du côlon. Mais les malades peuvent mener une vie active sans présenter de gros troubles : un peu de céphalée, quelques nausées correspondant à des périodes de constipation avec intoxication stercorale. Nous citons plus loin une observation de Bensaude où le malade examiné au rectoscope pour une fistule anale fut découvert par hasard porteur d'un mégacôlon qu'aucun trouble ne décelait et que confirma la radiographie. Hurst cite, de même, le cas de 3 de ces malades qui présentaient des anses pelviennes géantes, atteignant le foie sans donner aucun symptôme et sans affaiblir le moins du monde ces malades dont l'un d'eux menait une vie très sportive et « ramer pour Oxford ». Nous nous

souvenons nous-mêmes avoir opéré, pour une salpingite banale ne venant nullement comprimer le rectum, une femme qui présentait une anse sigmoïde extrêmement développée, fort gênante au cours de l'opération. Anatomiquement, on pouvait parler de mégacôlon ; or, au point de vue physiologique, cette anse se vidait parfaitement, et la malade allait régulièrement à la selle.

Mais, si, au bout d'un certain temps de compensation, les fibres musculaires deviennent insuffisantes, l'hypertrophie n'évolue plus parallèlement à la dilatation. Le côlon se laisse dilater, comme l'on voit se dilater une oreillette gauche au-dessus d'une sténose mitrale, un estomac derrière une sténose pylorique, une vessie au-dessus d'un rétrécissement de l'urèthre ou d'une hypertrophie prostatique. Cette dilatation considérable a pour effet d'accentuer encore les coudures et en particulier la plicature pelvi-rectale. On entre dans un cercle vicieux qui conduit de plus en plus rapidement à l'intoxication stercorémique, et à la mort par occlusion.

La mort peut d'ailleurs survenir plus tôt par une complication extrêmement fréquente du mégacôlon sigmoïdien : le volvulus. Pour se produire la torsion intestinale exige trois conditions : une anse longue, un méso flottant et une 3^e qui est capitale, l'étroitesse du pied de l'anse. C'est grâce à cette dernière condition qu'elle peut pivoter autour de l'axe vasculaire et se tordre sur elle-même. Or si, par définition même, les deux premières conditions se trouvent toujours réalisées dans un mégacôlon, la 3^e ne tarde pas à l'être. On sait, en effet, que la cause qui va resserrer les jambes de l'anse et rétrécir son pied est un processus de rétraction inflammatoire que l'on appelle méso-sigmoïdite fibreuse ou mésentérite rétractile, sorte de péritonite locale, chronique scléreuse, consécutive à l'infection venue de l'anse intestinale et résultant elle-même de la stase stercorale qui s'est produite à son intérieur.

On pourrait ainsi considérer à l'évolution du mégacôlon 3 étapes :

La 1^{re} étape est caractérisée anatomiquement par la co-existence d'un dolichocôlon et d'un spasme anal, cliniquement par l'apparition d'une constipation progressive.

La 2^e étape correspond du point de vue anatomique à l'existence d'un mégacôlon dont les parois hypertrophiées sont énergiquement contractiles. C'est la période de rétention chronique incomplète, avec une stase fécale légère mais suffisante pour créer l'hyperplasie conjonctive inflammatoire des parois et le début de la mésentérite rétractile. Cliniquement, ce mégacôlon étant bien compensé se traduit par des signes encore frustes : une constipation qui va en s'aggravant et plus tard par des petites crises d'obstruction douloureuses, qui viennent révéler soit l'exagération d'une coudure, soit l'existence d'un volumineux fécalome, soit encore l'ébauche d'un volvulus.

La 3^e étape marque le stade ultime de l'affection. Anatomiquement, la musculature s'étant laissé forcer, le mégacôlon forme un énorme sac aux parois flasques, rempli de matières stercorales qui finalement s'obstrue complètement ou se tord sur son pied. Cliniquement c'est un état chronique d'obstruction intestinale qui finalement aboutit à une occlusion aiguë.

Les différentes étapes de cette évolution peuvent être parcourues dans un délai variable.

Parfois dès la naissance, probablement par suite d'un spasme anal plus énergique, ou d'un dolichocôlon aux flexuosités plus accentuées, on voit évoluer en quelques jours les 3 étapes que nous avons décrites. L'enfant a presque d'emblée un côlon ectasié dont la musculature n'a pu résister à la distension fécale et surtout gazeuse qu'entretient une aérophagie habituelle. C'est la maladie que Hirschsprung avait observée et décrite.

D'autres fois, la musculature est plus énergique, les coudures moins occlusives, si bien que le mégacôlon quoique

anatomiquement constitué est capable de compenser le rétrécissement. Cliniquement, la constipation existe depuis l'enfance, mais elle s'accroît et les premiers troubles apparaîtront quand la défaillance musculaire se produira. Tantôt chez l'adolescent, tantôt chez l'adulte, tantôt même chez le vieillard. C'est dans ces cas de lésion compensée qu'on comprend qu'une syphilis nerveuse, une myopathie, une encéphalite épidémique puisse venir brusquement diminuer la résistance de la fibre musculaire colique, faire cesser la compensation et ainsi révéler un mégacolon déjà existant, mais méconnu.

D'autres fois enfin, chez l'adulte ou le vieillard, le mégacolon méconnu se traduit brusquement par une de ces complications : le volvulus.

Traitement médical

La valeur du traitement médical du mégacôlon a été très diversement estimée depuis que cette affection a été décrite. Les premiers observateurs l'employaient presque uniquement et nous avons vu qu'en 1903, M. le P^r P. Duval lui accordait une place prépondérante dans la conduite générale de la thérapeutique de l'ectasie colique. A cette date, il est vrai, le traitement chirurgical était encore bien inefficace, bien meurtrier et surtout bien hésitant sur le choix de l'intervention nécessaire. Mais au fur et à mesure que la chirurgie augmentait son expérience, reconnaissait les méthodes capables de fournir des résultats, le traitement médical était de plus en plus délaissé. Depuis la thèse de Dangiger (1907), il est classique de condamner le traitement médical et d'admettre sans conteste le traitement chirurgical, en se servant de la statistique qu'il a dressée à propos de 110 observations et qui donne pour le traitement médical une mortalité de 74 % avec seulement 13 % de guérison et pour le traitement chirurgical une mortalité de 34 % avec 60 % de guérison.

Maintenant que nous connaissons mieux l'affection du point de vue anatomo-pathologique point n'est besoin de statistique pour comprendre qu'il est absolument impossible de guérir médicalement ces énormes poches coliques, remplies de matières stercorales durcies, foyer d'intoxication continuelle. Bien entendu, dans ces cas, les purgations, les lavements ne peuvent rien contre l'évolution fatale et l'on peut prévoir que le traitement médical donnera alors

100 % de mortalité. Mais, à notre avis, cette statistique ne permet pas de le rejeter systématiquement. Certes, il est très souvent inefficace et la meilleure preuve c'est que tous les malades dont nous donnons l'observation et qui ont été opérés avaient d'abord commencé par suivre le traitement médical. Mais son inefficacité provient très souvent de ce qu'il a été appliqué à un stade de l'affection où il ne peut plus rien faire. C'est tout à fait au début, par conséquent presque toujours *chez l'enfant* qu'il faut le mettre en œuvre. A cette période, la déformation du côlon n'est pas encore très accentuée, l'occlusion valvulaire seulement ébauchée, en évitant soigneusement la stase stercorale on peut arrêter le cercle vicieux qui conduit à des lésions de plus en plus graves.

L'observation n° 1 que nous empruntons au D^r Bensaude en est un exemple démonstratif ; dans ce cas non seulement on a obtenu un résultat fonctionnel parfait avec deux selles par jour, et augmentation de poids, mais l'examen radiographique pratiqué un an après le début du traitement a montré que le sigmoïde avait repris son aspect et son volume normal.

Letondal dans sa thèse rapporte plusieurs observations de Marfan, de Hally et Blechmann, de R. Labbé et Mlle Aizière, de Mme Nageotte Wilbouchawitch où la guérison a été obtenue fonctionnellement, et aussi radiographiquement ce qui est très important pour l'avenir du malade. Ces cas, d'ailleurs, sont aussi de belles démonstrations que l'ectasie colique n'est pas congénitale, mais acquise puisqu'elle est capable de disparaître quand on régularise le fonctionnement intestinal.

Chez l'adulte, le traitement médical est en général inefficace et cela n'est pas pour nous étonner puisqu'il s'agit presque toujours d'un mégacôlon déjà constitué depuis longtemps, en période de stase stercorale chronique plus ou moins accentuée. Pourtant, quand la musculieuse colique

hypertrophiée est encore capable de lutter efficacement, que la constipation n'est pas tout à fait opiniâtre, le traitement médical peut donner une sérieuse amélioration. Mais nous ne pensons pas que la guérison puisse être obtenue comme chez l'enfant. L'observation n° 2 empruntée aussi au D^r Bensaude est une preuve de ce que nous avançons. On obtint chez ce malade de 41 ans un résultat fonctionnel satisfaisant mais à la radiographie comme à la rectoscopie le sigmoïde reste dilaté. L'ectasie colique ne disparaît donc pas comme chez l'enfant où l'on peut vraiment parler d'une guérison totale au point de vue anatomique et fonctionnel.

Quels seraient les moyens médicaux employés ? Ils auront pour but principal d'éviter la rétention des matières et des gaz dans le côlon.

On utilisera tout d'abord non pas de simples lavements qui sont incapables d'atteindre le sigmoïde dilaté, mais des *entéroclyses quotidiennes*. Au moyen d'une sonde suffisamment longue, introduite profondément par le rectum on pourra déverser sous faible pression, dans l'ectasie colique, une assez grande quantité d'eau bouillie tiède. Certains auteurs ajoutent à l'eau tiède un excitant de la contraction intestinale, tel que de l'eau de savon, ou de la poudre de bile de bœuf.

Ces profondes et abondantes entéroclyses répétées chaque jour sont capables de nettoyer mécaniquement la poche colique, de réveiller le péristaltisme intestinal et de faire cesser aussi une stase fécale qui commençait à obstruer l'intestin et devenait l'amorce d'un mégacôlon définitivement constitué. L'observation de Marfan que nous avons rapportée à propos de la pathogénie comme un véritable stade préparatoire de la maladie d'Hirschsprung montre, de façon indéniable, que l'entéroclyse en amenant l'expulsion d'un fécalome rétablit le fonctionnement intestinal et empêchera la lésion de se constituer.

Quand ces entéroclyses sont impuissantes, on peut y ad-

joindre le massage de l'abdomen, le lavement électrique. Mais nous ne croyons que ces moyens signalés dans quelques observations soient plus efficaces. Et nous pensons qu'en cas d'échec de l'entéroclyse il ne faut pas s'attarder au traitement médical.

A l'entéroclyse on adjoindra un *traitement médicamenteux*. Toutes les sortes de purgatifs ont été employées : huile de ricin, sulfate de soude, etc... Puisque l'action de ses purgatifs doit être continue, il semble qu'il faille écarter les purgatifs minéraux et les purgatifs trop violents. L'huile de paraffine qui peut être employée aussi longtemps que l'on veut est malheureusement sans grande efficacité. Récemment Alban Girault annonçait avoir eu des résultats excellents de la préparation suivante :

Racines de Podophylle.....	8 gr.
Racines de Gratiolle.....	16 gr.
Racines de Bryone.....	8 gr.
Baies de Nerprun.....	4 gr.
Lin purgatif	16 gr.

Faire macérer à froid pendant 48 heures dans 200 cc. d'eau. Ajouter ensuite 100 gr. d'alcool à 60° et laisser 24 heures en présence : filtrer.

De cette solution mère ainsi obtenue le malade prélève chaque jour 30 gouttes, qui après adjonction de 120 cc. d'eau est répartie pendant toute la journée de façon que chaque ingestion corresponde à une cuillerée à dessert. Une cuillerée toutes les heures. En plus, il est pris à chacun des grands repas deux cuillerées à café de Psyllium.

Par cette méthode très simple, A. Girault obtint en quelques jours un fonctionnement régulier de l'intestin chez deux adultes atteints de constipation opiniâtre par dolichocolon. Et fait qui mérite d'être signalé, l'examen radiographique pratiqué plusieurs mois après la régularisation des selles montra une diminution sensible de la dolichocolie.

Pour essayer d'augmenter la vigueur des contractions co-

liques on a eu recours à d'autres médicaments que les purgatifs. On a employé la strychnine, les injections de péristaltine. Mais l'emploi des excitants du péristaltisme s'est toujours traduit par une aggravation de la stase fécale. On obtient, au contraire, de bien meilleurs résultats par des antispasmodiques. L'opium, contrairement à ce que l'on pourrait croire, a donné à Wilkie, de bons résultats chez ces malades très constipés. Mais l'antispasmodique de choix paraît être l'atropine, s'il faut en croire Edward Meyers qui en 1920 faisait paraître dans l'*American Journal of Diseases of Children* six observations d'enfant atteint de mégacôlon constaté radiographiquement et soigné par l'atropine à la dose de XV à XXX gouttes par jours réparties en 3 fois. Au bout de dix à quinze jours de traitement il obtint une grosse amélioration.

Enfin à l'entérolyse, aux moyens médicamenteux il faut adjoindre un régime. Au tout jeune enfant il faut maintenir l'alimentation au lait. Plus tard, chez l'enfant comme chez l'adulte il faut ordonner surtout les aliments riches en albuminoïdes : les viandes, les poissons, les œufs, les fromages. Contrairement à ce qui est prescrit pour la constipation simple sans ectasie colique, il faut proscrire tous les aliments capables de produire des déchets. Donc, pas de régime végétarien et pas de farineux. On sait, en effet, que le régime végétarien presque exclusif pratiqué dans les régions du Nord de l'Europe a été accusé comme une des causes capables d'expliquer la fréquence des mégacôlons en ces pays.

OBSERVATION I

D^r Bensaude

Petite fille, née le 9 février 1908. En 1910, à l'âge de 2 ans ; distension abdominale, mais sans constipation marquée, ce qui avait fait éliminer à ce moment l'hypothèse d'une maladie d'Hirschsprung. En 1911, à la suite d'un régime végétarien, d'ingestion d'agar-agar, amélioration et disparition de la distension abdominale, mais en 1912,

réapparition du ballonnement du ventre ; aggravation de la constipation, selles tous les 3 jours et amaigrissement rapide de 2 kg. Le 13 mars 1912, la malade est vue par les D^{rs} Rist et Bensaude et une radiographie pratiquée montre une distension de l'anse sigmoïde 4 fois plus grande que normalement, ce qui fait porter le diagnostic de mégacôlon. Sur les conseils de Marfan et de Combe de Lausanne, on institue un traitement médical : massages journaliers de l'intestin, deux lavements d'huile par jour, régime végétarien. Il en résulte une amélioration notable : deux selles par jour, disparition de la distension abdominale et des coliques et la radiographie montre une diminution de la dilatation colique. En juillet 1913, l'amélioration continue, augmentation de poids de 4 kgs et le sigmoïde paraît normal à l'examen et aux rayons X.

En 1926, le D^r Bensaude reçoit des nouvelles de la malade, elle se trouve en excellent état et avec un fonctionnement intestinal parfait.

OBSERVATION II

D^r Bensaude

Homme de 41 ans, qui vient consulter en mai 1912, pour un léger suintement anal avec léger ballonnement du ventre et léger amaigrissement. On avait pensé à un néo-intestinal. Les selles étaient régulières ; à l'examen rectoscopique, on constata : 1° une petite ulcération sus-sphinctérienne, qui peut être à l'origine d'une fistulette ;

2° Une dilatation de l'anse sigmoïde qui présente deux à trois fois le diamètre normal, sans qu'il y ait de valvule recto-sigmoïdienne. La radiographie montre une dilatation et surtout un allongement considérable de l'S iliaque, dont le sommet se trouve dans la région splénique. On institue un traitement médical qui fut continué pendant un mois. Une nouvelle rectoscopie montre la disparition de la petite ulcération anale, mais la persistance de la dilatation sigmoïdienne.

En décembre 1912, un nouvel examen radiographique montre que malgré la longueur et la dilatation de l'anse sigmoïde la traversée digestive paraît à peu près normale.

Traitement étiologique

C'est encore avec une certaine incertitude que l'on peut parler d'un traitement étiologique du mégacôlon. Evidemment ce traitement ne peut même pas être envisagé si on admet avec Hirschprung que cette affection constitue une sorte de gigantisme localisé ou généralisé du côlon d'origine congénitale, ou si l'on admet comme Sencert qu'il s'agit d'une malformation de la paroi de l'intestin. On est, de même, désarmé contre la cause de l'ectasie si l'on suppose, comme le veut Okinczyc, que cette cause a existé pendant la vie intra-utérine et que l'enfant naît porteur d'un mégacôlon déjà constitué. Mais nous avons vu à l'étude pathogénique que toutes ces hypothèses ne nous paraissent pas cadrer avec l'observation des faits cliniques, ni avec les renseignements fournis par la radiographie ni avec les examens anatomo-pathologiques. Si le mégacôlon est acquis et résulte d'un obstacle à l'évacuation des matières, ne peut-on agir directement sur cet obstacle avant que les lésions ne soient définitivement constituées?

Perthes qui fut un des premiers défenseurs de l'obstacle valvulaire n'hésita pas, chez un garçon de 15 ans, porteur d'un mégacôlon, à faire une *résection de la région recto sigmoïdienne* où existait, d'après l'auteur, une valvule. Ce malade avait été traité sans résultat par différents moyens, en particulier par un anus artificiel. La guérison fut, paraît-il, obtenue après l'opération de Perthes. Nous rapportons, dans les observations n° 8, 9, 10, trois cas respectivement de Delbet, Beaudet et Mauclair où l'on put constater par le

toucher rectal une valvule située à la partie haute de l'ampoule rectale ; en essayant de contourner la valvule avec le doigt on arrivait à sentir, au-dessus, un fécalome cause de l'obstruction intestinale. M. le P^r Delbet commença au moyen du rectoscope à fragmenter et évacuer le stercorome, puis par la voie transversale il réséqua la valvule et sutura la muqueuse par des points verticaux. Quoiqu'il y ait un léger rétrécissement du rectum, le malade va régulièrement à la selle. Beaudet et Mauclaire firent une opération analogue, et obtinrent après section de la valvule des débâcles fécales considérables. La malade de Beaudet ne fut pas revue ; celle de Mauclaire perdue de vue au bout de quelques mois, mais déjà elle se plaignait de constipation et de ballonnement du ventre. Que faut-il penser de ces *résections de valvulés* ?

A notre avis, il faut distinguer les cas où il s'agit d'un rétrécissement valvulaire congénital du rectum avec un stercorome sus-jacent et les cas où il s'agit d'un mégacôlon vrai avec une pseudo-valvule recto-sigmoïdienne.

Chez le malade de Delbet comme chez celui de Baudet, il semble bien s'agir d'un rétrécissement congénital du rectum, valvulaire ou diaphragmatique. L'ectasie colique sus-jacente n'est donc pas un mégacôlon vrai et il semble très logique de traiter comme l'ont fait ces auteurs la valvule directement. On doit obtenir ainsi la guérison.

Chez le malade de Pertes, comme chez celui de Mauclaire, il semble bien qu'il s'agisse d'un vrai mégacôlon et nous savons alors, dans ce cas, que la valvule n'est qu'apparente, elle résulte de la plicature recto-sigmoïdienne. L'enlever par la voie anale ou par la voie abdominale en réséquant le segment intestinal ne pourra guérir l'ectasie colique, la valvule se reformant sitôt que le côlon pelvien reprend sa situation dans le bassin. Perthes dit avoir obtenu une guérison, mais dans le cas de Mauclaire, dans les semaines qui suivirent l'intervention, réapparurent la constipation et la distension abdominale.

La résection valvulaire proposée comme traitement étiologique du mégacôlon ne peut donc être conservée, c'est une opération fatalement inefficace, car la valvule, si elle s'oppose bien au passage des matières, n'a pas d'individualité propre, mais est simplement le résultat d'une plicature du côlon.

Les interventions qui s'adressent au spasme du sphincter anal sont au contraire beaucoup plus efficaces. L'opération est très simple et consiste en une *dilatation de l'anus* qui force la contracture : l'obstacle à l'évacuation des fèces et des gaz disparaissant, quelques entéroclyses videront l'ectasie sous-jacente où se sont accumulées les matières desséchées et le fonctionnement intestinal reprendra régulièrement. Parfois, une deuxième dilatation est nécessaire.

Arthur F. Hurst signale avoir obtenu d'excellents résultats par ce procédé quand il s'agit d'achalasie anale simple. Quand s'y surajoute une achalasie pelvi-rectale au niveau de ce sphincter qu'il décrit à la jonction recto-sigmoïdienne, il est nécessaire d'obtenir la dilatation de ce deuxième sphincter au moyen d'une sonde passée sous le contrôle du sigmoïdoscope. La sonde est laissée en place pour évacuer les gaz et les matières. Ces dernières sont chassées par des lavages fréquents, le malade étant en position genu-pectorale. En cas de non-réussite, l'iléo-sigmoïdostomie ou la résection colique deviennent nécessaires.

Notre maître, M. Lardennois, a obtenu par la simple dilatation anale des résultats extraordinaires. Dans l'observation n° 3, nous relatons le cas de ce jeune garçon de 15 ans qu'il a présenté à la Société de Chirurgie en 1924. Porteur d'un mégacôlon volumineux avec rétention stercorale et gazeuse considérable, ce petit malade avait été conduit à des chirurgiens et des médecins qui proposaient une colectomie. A l'examen, M. Lardennois est frappé d'une contracture permanente et intense du releveur de l'anus, contracture qui lui paraît la cause même du mégacôlon. Il propo-

se de commencer par une simple dilatation anale, sous-anesthésie générale suivie de rééducation médicale de l'intestin. Ce traitement est accepté et réalisé. Six mois après, l'enfant a engraisé, repris des forces et va régulièrement à la selle. 4 ans après, la guérison s'est maintenue et nous pouvons même dire maintenant 9 ans après, puisque M. Lardennois nous en donnait encore tout récemment des nouvelles qui demeurent excellentes.

En même temps qu'il présentait ce malade, M. Lardennois annonçait à la Société de Chirurgie en avoir deux autres en traitement avec d'aussi bons résultats, et il nous déclarait dernièrement en avoir encore traité d'autres, depuis, avec toujours des suites aussi parfaites.

Nous attacherons donc une grande valeur à ce traitement très simple par dilatation anale. Bien entendu, il ne s'adresse qu'aux mégacôlons qui commencent, à ceux qui ont conservé la vigueur de leur musculature et dont la poche est capable de revenir sur elle-même quand on a supprimé l'obstacle ainsi que la stase stercorale qui l'encombre. Quand il s'agit de cas de mégacôlon ancien où l'infection chronique de stase a carbonné les parois par une infiltration conjonctive inflammatoire massive, supprimer l'obstacle est inutile. Il n'y a qu'un traitement : la colectomie. Mais chez l'enfant, où l'on peut surprendre l'ectasie colique encore bien compensée, la dilatation anale suivie d'entéroclyse nous paraît un traitement qu'il faut essayer avant tout autre.

Mais il est des mégacôlons qui, très rapidement, arrivent au stade terminal. Cela peut se rencontrer chez l'enfant, même chez le tout jeune enfant, et ceci explique qu'on ait parfois des échecs au traitement étiologique contre le spasme anal.

L'observation n° 4 de Fullerton en est une preuve. Cet auteur fit plusieurs dilatations anales et obtint ainsi des débâcles intestinales répétées, puis des selles régulières, ainsi qu'une amélioration de l'état général, mais ra-

dioscopiquement le côlon ne revint pas sur lui-même et resta très distendu.

L'observation n° 5 de Bartle est un échec complet. Après plusieurs dilatations anales, même après une section chirurgicale du sphincter, l'enfant n'obtint qu'une amélioration passagère et conserva radiologiquement son mégacôlon. Devant cet insuccès, Bartle, redoutant la colectomie chez l'enfant, se propose d'intervenir sur le système nerveux moteur du côlon suivant la technique Royle et Wade.

Cette méthode des auteurs australiens est basée, comme nous l'avons expliqué en discutant les différentes théories pathogéniques, sur les données physiologiques de l'innervation du côlon, du rectum et du sphincter anal. Il existe deux innervations antagonistes : d'une part le parasympathique qui, par l'intermédiaire du nerf pelvien, produit la contraction des fibres circulaires du côlon et le relâchement du sphincter anal, et, d'autre part, le sympathique lombaire et sacré qui produit un relâchement du côlon et une contracture du sphincter. Si l'innervation sympathique est prédominante, nous verrons se constituer le syndrome même de la maladie d'Hirschsprung : dilatation du sigmoïde, contracture du sphincter. On peut peut-être modifier cet état pathologique en diminuant l'influence du sympathique par une section des 1^{re} ou 2^e rami-communicantes lombaires. Royle et Wade ont mis au point la technique de cette *rami-section* dans un article paru en janvier 1927 dans le *Medical Journal australia*, mais nous n'avons pu nous procurer cette publication, d'une part pour pouvoir juger de la difficulté de l'opération et surtout d'autre part, pour savoir quel résultat on pouvait attendre de cette méthode. Nous ne croyons pas, d'ailleurs, qu'elle ait été jamais appliquée sur le vivant.

En résumé, pour terminer ce chapitre du traitement étiologique du mégacôlon nous pouvons conclure des observations recueillies qu'un traitement est inefficace : c'est la résection valvulaire, qu'un traitement est encore à l'étude

c'est la ramisection lombaire, mais qu'il en est un d'une valeur certaine, à condition qu'il soit appliqué assez précocement c'est la simple dilatation anale, sous anesthésie générale, suivi d'un traitement rééducatif de l'intestin.

OBSERVATION III

D^r Lardennois

Jeune homme de 15 ans atteint d'une énorme mégadolichocôlon.

A ce moment, en 1920, il était de petite taille et plutôt chétif ; son périmètre abdominal mesurait 78 cm., la base du thorax était fortement évasée sous l'influence du ballonnement abdominal. La respiration était courte, l'aérophagie manifeste, le cœur refoulé.

A l'examen du ventre on sentait à la partie haute du côlon gauche une masse allongée, du diamètre de deux poings, qui avait été considérée par un médecin comme une tumeur du rein, et qui n'était autre chose qu'un volumineux coprome. Au-dessus, le côlon iliaque distendu était de consistance plus molle et gonflé de gaz et de boue liquide.

Les ondes péristaltiques habituelles du mégacôlon n'étaient pas continues. Elles s'accompagnaient de brèves coliques. La mère de l'enfant expliquait que sa constipation datait de l'enfance, extrêmement rebelle.

Au moment où on vit le malade, malgré tous les purgatifs et lavements répétés, l'enfant n'évacuait plus son intestin que très irrégulièrement.

Souvent la vidange se faisait en quelque sorte par regorgement. Dans un mouvement brusque, en courant l'enfant laissait tomber dans ses vêtements une quantité déconcertante de matières boueuses, brunes, d'odeur fermentée.

La quantité de gaz expulsé par l'enfant était considérable. La répétition et le fracas de ces expulsions étaient le thème inépuisable des plaisanteries de ses frères. Cependant sa santé s'altérait, l'appétit était tombé encore que les vomissements fussent exceptionnels.

L'examen radiologique pratiqué montrait l'extrême développement du mégadolichocôlon. 1 litre de solution barytée ne remplissait même pas tout le côlon pelvien chez ce garçon de dix ans. Un repas baryté était encore tout entier dans le côlon après quatre vingt dix heures et il fallait huit jours de purgations et de lavements pour le faire disparaître.

La mère avait demandé divers avis médicaux et chirurgicaux et la conclusion adoptée était qu'une colectomie s'imposait.

Le toucher rectal permit de constater la présence d'une contracture permanente du muscle releveur de l'anus, exagérément développé comme hauteur et comme puissance.

Cette hypertrophie anatomique et fonctionnelle du muscle releveur semblait pouvoir être la cause déterminante de la stase et de la distension progressive.

L'aérophagie habituelle des constipés créant une aérolie excessive était le deuxième facteur étiologique à incriminer.

Première opération pratiquée le 2 février 1920 : dilatation du canal anorectal sous anesthésie générale suivie d'une simple rééducation intestinale, à l'aide de paraffine, eau de Bourget et extrait de bile.

Deuxième opération en septembre 1921 : seconde dilatation permettant d'assouplir encore le releveur.

Suites opératoires : 6 mois après la 1^{re} opération le malade avait perdu 13 cm. de tour de taille et prit 7 kg. 4 ans après la 2^e opération le malade va régulièrement à la selle deux fois par jour sans prendre aucun laxatif, sauf un peu de paraffine ; appétit normal. Ventre d'aspect normal.

OBSERVATION IV

D^r Fullerton

Enfant de 2 ans et 4 mois, toujours constipé, surtout depuis l'âge de 9 mois. L'abdomen s'est peu à peu distendu et depuis quelque temps l'état général a nettement fléchi. L'enfant vomit depuis plusieurs jours. L'examen montre un abdomen très distendu parcouru de mouvements péristaltiques. Le toucher rectal permet d'atteindre du côté du promontoire un anneau de contracture infranchissable.

Intervention : sous anesthésie générale, après dilatation de l'anus on arrive à introduire les deux index dans cet anneau, à le dilater avec précaution. Les jours suivants, débâcle intestinale ; douze jours après, on introduit, au niveau de la sténose, un ballon de caoutchouc piriforme que l'on remplit avec de l'eau et qu'on laisse 24 heures en place en évitant qu'il ne se déplace. Depuis ce moment l'enfant a des selles régulières et va beaucoup mieux. On a refait, deux mois après, une nouvelle séance de dilatation analogue à la première pour plus de sécurité.

3 mois après une radiographie montre que si le lavement passe fa-

cilement, le côlon est resté très distendu. Il n'est donc pas certain que le spasme soit tout dans cette affection.

OBSERVATION V

D^r Bartle

Un enfant de 2 ans et demi extrêmement constipé. Il présente une fissure anale avec contracture très marquée du sphincter, dilatation digitale quotidienne, des exercices de gymnastique abdominale, de massage, une médication tonique, pas d'amélioration au bout de 6 mois. L'enfant est tellement faible qu'on pense à une amyotrophie progressive qui n'est pas confirmée. La constipation reste la même, la contracture du sphincter également. Un examen radiologique confirme l'existence d'un mégacôlon.

On reprend le traitement médical : sulfate de soude, magnésie à petites doses, noix vomique, massage et électrisation de l'abdomen. On obtient ainsi une selle quotidienne. Sous anesthésie générale on fait une nouvelle divulsion du sphincter.

Trois mois plus tard l'enfant va mieux, mais la radioscopie montre une distension inchangée de l'intestin, cependant que le sphincter anal reste contracturé. Section chirurgicale du sphincter. L'enfant est mieux, a engraisé, mais il n'est pas guéri de son mégacôlon.

Bartle redoutant la colectomie chez l'enfant va tenter la ramisection du 1^{er} ou du 2^e rameau lombaire communicant blanc.

OBSERVATION VI

D^r Bensaude-Desplas

Enfant de 9 ans atteint de mégacôlon avec un spasme anal et une bride rectale accessible au toucher. Sur le conseil du D^r Bensaude, le D^r Desplas appelé d'urgence au cours d'une crise d'occlusion pratiqua une dilatation de l'anus et du rectum sous anesthésie générale. Il put ainsi évacuer 6 kg. et demi de matières mélangées à gros fécalomes.

OBSERVATION VII

D^r Maragliano

Enfant de 26 mois très constipé depuis sa naissance et ayant présenté un retard dans l'expulsion du méconium. Il n'a pas eu de défécation depuis 12 jours et son état est alarmant : syndrome d'occlusion

typique avec dyspnée et pouls très fréquent et petit. Le toucher rectal montre à 6 centimètres de l'anus une tuméfaction grosse comme une grosse orange, dure et revêtue d'une muqueuse rectale saine. Il n'y a aucun rétrécissement du rectum, car, en suivant la paroi postérieure de l'organe, on pénètre dans une cavité remplie de matières : la paroi antérieure montre une sorte de valvule en forme de faux constituée par des éléments muqueux et musculaires : de bas en haut elle se laisse relever facilement ; au contraire, de haut en bas, la pression digitale la fait se tendre et s'opposer au doigt qui se retire.

Intervention. — Le doigt étant introduit au-dessus de la valvule est mis en crochet pour se porter en bas et en avant, de façon à exercer une forte pression sur la membrane, on obtient ainsi l'effacement de la valvule et le doigt ayant été retiré en crochet, les matières peuvent être enlevées facilement. La guérison survient après cette manœuvre.

Revu 3 ans après, à la radio, anse sigmoïde encore dilatée, mais repli falciforme moins développé que lors du premier examen.

Du même auteur, observation analogue chez un enfant de 3 mois et demi. Guérison par même traitement.

OBSERVATION VIII

Pr Delbet

Garçon de 21 ans, atteint de constipation ancienne.

Obstruction intestinale datant de 5 jours. Rend des gaz, pas de matières. Au début, on croit à un sarcome du bassin comprimant le rectum. Pourtant le toucher rectal arrive à contourner une valvule du rectum implantée à gauche, et à percevoir le stercorome volumineux.

Du 14 mars au 2 mai avec le rectoscope, vidange à la curette de l'anse sigmoïde.

Pour traiter le mégacôlon, Delbet, avant de tenter la résection, se propose de réséquer la valvule.

Dilatation anale. Abaissement à la pince de la valvule qui est très épaisse. Résection au bistouri. Suture verticale.

Suites opératoires : selles faciles. Au toucher, le calibre rectal reste diminué au niveau du rétrécissement, mais il est moins désaxé.

OBSERVATION IX

D^r Beaudet

Opération analogue sur une jeune femme de 28 ans.

OBSERVATION X

P^r Mauclaire

Jeune fille de 12 ans. Résection suivie de dilatation, malade perdue de vue.

Traitement chirurgical

Le traitement médical associé surtout au traitement étiologique est capable, comme nous venons de le voir, d'amener la guérison d'un mégacôlon reconnu tout au début de son apparition. Mais ce stade passé, nous avons constaté que ces méthodes thérapeutiques sont impuissantes : il n'y a plus qu'un moyen de guérir le malade, c'est d'intervenir chirurgicalement.

Toute une gamme d'opérations était autrefois proposée.

- La laparotomie simple,
- La colopexie,
- La coloplicature,
- La colotomie,
- La fistulisation de l'intestin,
- L'entéroanastomose,
- La colectomie.

De toutes ces méthodes beaucoup sont devenues périmées et nous ne les retrouverons plus employées dans les observations que nous rapportons.

La laparotomie simple ne pouvait pas se défendre et pourtant, miracle des statistiques, M. le P^r P. Duval avait trouvé, en 1909, 15 cas avec 3 morts et 12 guérisons. Mais il faut reconnaître que beaucoup de ces cas étaient anciens et remontaient à une époque où le malade était dit guéri quand il supportait l'intervention, quand « l'opération avait

réussi ». Actuellement, où la mortalité post-opératoire est extrêmement réduite, on ne parle de guérison que si le malade est revu plusieurs mois ou plusieurs années après être complètement débarrassé des troubles qu'il présentait. En 1911, Patel et Gayet qui réunissaient des observations plus récentes ne trouvaient plus que 3 cas de laparotomie simple avec 2 morts, et 1 guérison qui, vraisemblablement, ne s'est pas maintenue bien longtemps car le malade était très âgé et très fatigué. En réalité, ces 3 laparotomies avaient été entreprises en l'absence de diagnostic, pour des accidents d'occlusion chez des malades in extremis et incapables de supporter le moindre acte chirurgical. Elles sont le résultat d'erreur de diagnostic ou de manque d'indications opératoires précises.

La coloplexie et la coloplicature, dites opérations orthopédiques dont on avait décrit différentes techniques et qui avaient pour but de fixer et diminuer le volume du mégacôlon étaient signalées, en 1911, par Patel et Gayet, comme donnant 100 % de guérison avec une mortalité opératoire nulle. Là encore, les malades n'ont pas dû être revus à des délais très éloignés, car, actuellement, tout le monde est d'accord pour admettre que ce sont des opérations, évidemment inoffensives, mais absolument illusoires. Les pexies où les plicatures ont été inefficaces sur l'estomac et le cæcum. Elles doivent l'être encore davantage sur le côlon ectasié, cartonné, soumis à des pressions considérables par suite de la rétention gazeuse et stercorale. De plus, Lecène a montré, dès 1910, que la pexie n'est pas toujours aussi inoffensive qu'on l'a dite et qu'elle peut très bien favoriser le volvulus en fixant par son sommet l'anse dilatée et lourde de fécalome.

La colotomie, c'est-à-dire l'ouverture du sac colique pour en extraire un stercorome cause d'occlusion, est une opération très grave, parce que les sutures faites pour réparer la brèche ne peuvent être aussi hermétiques et étanches que

sur un côlon normal aux parois saines. Patel et Gayet les accusent de donner 50 % de mortalité. Nous croyons que ce chiffre est trop faible et cette opération doit être absolument proscrite.

Voici donc quatre méthodes chirurgicales qui sont totalement périmées et que l'on ne doit plus utiliser dans le traitement du mégacôlon. Il nous reste la fistulisation de l'intestin, l'entéro-anastomose, la colectomie. Ce sont ces différents moyens qui ont été utilisés dans les observations que nous apportons. Il s'agit de savoir quelle est la méthode à choisir.

Mais, avant de commencer la discussion de ces méthodes, il faut se placer devant des cas pathologiques bien déterminés. Il est tout d'abord une grande division qui doit être faite suivant que le mégacôlon est compliqué ou non d'occlusion. Dans ce dernier cas, le malade est intoxiqué, affaibli, incapable de supporter de longues interventions : il faut un traitement d'urgence, c'est-à-dire donnant la guérison par le minimum de manœuvre, dans le minimum de temps, avec le minimum de shock. Et dans ces occlusions il faudra distinguer encore s'il s'agit d'une simple obstruction ou d'un volvulus, l'opération n'étant pas la même dans les deux cas. Quand le mégacôlon n'est pas compliqué, qu'il est vu « à froid », on peut tenter alors une opération radicale en un temps, plus grave, mais que le malade plus résistant pourra supporter.

Dans ce dernier cas de mégacôlon non compliqué, la thérapeutique chirurgicale sera encore différente suivant le segment colique atteint par l'ectasie, car l'observation de Quénu à propos du cancer des côlons reste vraie pour toutes les interventions sur cet organe. « La thérapeutique chirurgicale du gros intestin ne gagne pas à être étudiée en bloc, il convient de l'étudier par segments ».

Nous allons donc rechercher quel est le meilleur traitement chirurgical :

- du mégacôlon sigmoïdien non compliqué,
 - du mégacôlon étendu à plusieurs segments coliques et non compliqués,
 - du mégacôlon total non compliqué,
 - du mégacôlon en obstruction, du mégacôlon en volvulus.
-

Traitement chirurgical du Mégacôlon sigmoïdien non compliqué

Le mégacôlon sigmoïdien est le plus fréquent de tous. Culan, dans sa thèse, en rencontre 29 cas sur 87 observations. Nous arrivons à un pourcentage beaucoup plus considérable, puisque, sur les 63 observations que nous relatons, il s'agissait 34 fois d'un mégacôlon sigmoïde non compliqué, soit plus de 50 %. C'est donc à lui que l'on a affaire dans plus de la moitié des cas. C'est fort heureusement contre lui que l'on possède la meilleure méthode chirurgicale.

Dans les 19 cas que nous avons réunis de mégacôlon sigmoïdien traité à froid en dehors de la période d'occlusion, 2 grandes sortes d'interventions ont été pratiquées : l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale du gros intestin et la colectomie.

L'iléo-sigmoïdostomie est une opération qui se propose de détourner le cours des matières de façon à ce qu'elles ne viennent plus s'accumuler et stagner au niveau de la poche colique. L'anastomose simple ne sera pas suffisante, il faut lui adjoindre l'exclusion du gros intestin en sectionnant complètement l'iléon et en venant l'aboucher dans l'intestin terminal.

A cette opération qui a évidemment pour elle l'avantage d'être simple, rapide, d'exécution facile, on a fait de nombreuses critiques.

On lui a reproché tout d'abord de déterminer de la diarrhée incoercible par passage directement dans le rectum du

chyme intestinal de l'intestin grêle. Cette diarrhée existe, en effet, dans les jours qui suivent l'opération : mais tout d'abord elle n'est pas constante et en tous cas elle n'est pas persistante. Dans l'observation que nous relatons et qui est due à notre Maître, M. le professeur Gosset, les selles étaient régulières, moulées, biquotidiennes, 15 jours après l'opération.

Une critique plus importante est l'existence du reflux dans le côlon. L'exclusion au niveau du cæcum détourne évidemment tout le chyme de l'intestin grêle, mais dans le rectum les mouvements antipéristaltiques existent capables de refouler les matières dans la poche colique sous-jacente.

Tuffier pour remédier à cet inconvénient avait imaginé de plicaturer le mégacôlon sigmoïde, mais nous savons que ces plicatures sont inefficaces. Dans notre cas, aucune intervention n'a été faite sur le mégasigmoïde qui formait pourtant une énorme poche recourbée sur elle-même de la taille d'une cuisse et d'une jambe fléchie. Malgré tout, les résultats furent parfaits. Un an après l'opération les selles demeuraient régulières et la radioscopie montrait une dilatation du grêle au-dessus de l'anastomose, mais aucun reflux dans le côlon descendant qui demeurait visible par son contenu gazeux clair. L'exclusion colique restait parfaite. En 1927, quinze ans après l'intervention, le malade demeure en excellente santé.

Cette exclusion après iléo-sigmoïdostomie et section de l'iléon est obtenue également dans l'observation n° 36, où Navarro pratique cette opération pour un mégacôlon total. Là encore on trouve au-dessus de l'anastomose une dilatation du grêle, ce que Duval et Weiss ont appelé une colisation du grêle. Mais rien ne reflue dans le gros intestin. Là encore le malade, revu 3 ans 1/2 après l'intervention était en excellente santé avec des selles régulières, un abdomen non distendu, un état général parfait et capable de pratiquer, sans fatigue, un métier pénible.

Mais les résultats ne sont pas toujours aussi parfaits et parfois le reflux colique est signalé. Dans ces cas, bien entendu, le résultat est mauvais, le malade reste constipé, continue à souffrir de coliques abdominales et une nouvelle opération est généralement nécessaire.

Quelle explication peut-on donner de ce reflux colique inconstant? Nous croyons que cela provient pour beaucoup du siège où est fait l'anastomose sur le gros intestin. Si l'anastomose est pratiquée au-dessus de la plicature recto-sigmoïdienne toujours exagérée dans les cas de mégacôlon, les matières venues du grêle continuent à rencontrer le même obstacle valvulaire. Evidemment, le fait qu'elles sont liquides au lieu d'être solides facilite leur passage à travers ce défilé incomplètement oblitéré. Mais qu'il se produise une distension gazeuse de la poche colique, l'occlusion se trouvera complète et des accidents graves pourront en résulter. Lapointe a pratiqué une fois, pour un mégacôlon total il est vrai, une iléo-sigmoïdostomie sans exclusion, qui devait être le 1^{er} temps d'une colectomie secondaire. Il remarqua nettement au cours de l'intervention que la volumineuse poche colique allait gêner le fonctionnement de son anastomose et essaya d'éviter la plicature colo-rectale en fixant au méso-iléal le segment recto-sigmoïdien. De plus, il chercha, mais en vain, à passer dans l'anastomose iléo-sigmoïdienne une grosse sonde introduite par l'anus. gazeuse considérable, et la mort survint rapidement malgré une fistule pratiquée d'urgence sur le point culminant de la poche.

Nous insistons donc sur le siège de l'anastomose qui doit porter non pas sur le sigmoïde, mais plutôt sur la partie supérieure de l'ampoule rectale. L'opération sera peut-être plus difficile mais elle aura plus de chance de fournir un bon résultat ; si l'on craint que le fonctionnement de l'anastomose soit gêné dans les jours qui suivent par la poche colique encore distendue il sera parfois utile de passer une sonde à travers la bouche anastomotique.

Une autre critique s'adresse à l'iléo-sigmoïdostomie : c'est de laisser en place l'anse volumineuse du mégacôlon, anse capable de se tordre, ou de tordre par son poids l'anastomose iléo-sigmoïdienne comme cela s'est passé dans l'observation n° 35 de M. Monod. Ces accidents d'ailleurs ne se sont pas produits ni dans l'observation du P^r Gosset, que nous avons signalée plus haut, ni dans l'observation de M. Navarro ; les deux malades sont en excellente santé, sans présenter aucun trouble intestinal qui puisse faire redouter une complication du côté du mégacôlon exclu. Ce mégacôlon exclu complètement s'atrophie-t-il ? Certains auteurs le pensent. Cela est peut-être possible en partie si l'exclusion est absolument complète, mais nous n'avons pu nous procurer des renseignements certains sur ce point. Le malade de l'observation n° 11 habitant la province n'a pu être radiographié une nouvelle fois.

En résumé, que faut-il penser de l'iléosigmoïdostomie avec exclusion dans le traitement du mégacôlon sigmoïdien ? Le cas que nous avons est un succès, mais il est évidemment insuffisant pour pouvoir ériger cette façon de faire en une méthode courante. Les critiques qui sont adressées à l'entéro-anastomose si elles ne s'appliquent pas aux cas particuliers sont tout de même assez importantes pour que l'on préfère à cette méthode une autre plus certainement curative. Or, il en existe une : *la colectomie*.

Cette colectomie peut être pratiquée de différente façon : on peut pratiquer :

— La colectomie en 1 temps avec entérorraphie circulaire immédiate ;

— La colectomie en 3 temps. Extériorisation, résection, cure de l'anus ;

— La colectomie avec entérorraphie immédiate, précé-

dée d'une cœcostomie, suivie secondairement de la cure de l'anus cæcal.

La colectomie en un temps est l'opération idéale, mais comme pour toute résection colique elle présente évidemment un certain risque et s'adresse surtout au cas où l'on a pu, par une préparation soigneuse pré-opératoire, vider complètement le mégacôlon et diminuer ainsi l'infection intracolique toujours très virulente par suite de la stase.

Nous avons réuni 9 cas de colectomie en 1 temps pour mégacôlon sigmoïdien non compliqué, il n'y a eu aucune mortalité opératoire et les suites en ont généralement été assez simples, sauf pour un cas où un petit abcès stercoral amena la formation d'une fistule qui, d'ailleurs, s'est fermée spontanément.

Les résultats éloignés ont été excellents pour 5 cas (les obs. 12, 16, 17, 18, 19). Nous insisterons particulièrement sur l'observation n° 20, où il s'agissait d'un malade âgé de 36 ans porteur d'un mégacôlon sigmoïdien, avec constipation depuis l'enfance, ballonnement du ventre, céphalée, fatigue, amaigrissement. Opéré en 1926 par M. Gosset, il est sorti guéri de la Salpêtrière le 20^e jour. Nous l'avons revu le 29 décembre 1928, donc 2 ans $\frac{1}{2}$ après l'intervention, avec un état général excellent, une selle quotidienne, une augmentation de poids de 11 kilos. La radiographie pratiquée récemment montre un côlon de calibre normal et un bon fonctionnement de l'anastomose.

Dans un cas, la malade n'a pu être revue. Dans 3 cas, le résultat fut mauvais : une fois (obs. n° 14), malgré l'opération, la constipation persista, la malade maigrit, et à la radiographie il sembla y avoir une coudure du transverse et du côlon sigmoïde. L'état général de la malade s'affaiblissant de plus en plus et l'obstruction intestinale commandant une intervention d'urgence, on pratiqua à l'anesthésie locale une cœcostomie : l'anus fonctionna bien, l'obstruction cessa, mais la malade succomba un an après d'une tuberculose pulmonaire. Un deuxième échec est four-

ni par l'observation n° 15. Là encore, la colectomie segmentaire n'amène pas la guérison, la constipation réapparaît progressivement à tel point que le 4^e mois il n'y a plus qu'une selle tous les 30 jours. On pense tout d'abord que des adhérences brident l'anastomose. Une opération itérative la libère et permet de vérifier son fonctionnement suffisant. Cependant une radiographie pratiquée plus tard montre une véritable récidence du mégacôlon : le côlon se trouve en effet fortement distendu depuis l'angle splénique jusqu'au rectum. Quelques mois plus tard, la malade entre dans un autre service où l'on tente une colectomie totale, à laquelle elle succombe.

Enfin, l'observation n° 20, qui appartient au D^r Monod, montre comme la précédente que la colectomie segmentaire en 1 temps n'a donné aucune amélioration et qu'il a été nécessaire de pratiquer finalement une colectomie totale pour obtenir un résultat satisfaisant.

En résumé, les 9 cas de colectomie en 1 temps ont donné mortalité opératoire : 0 ; bons résultats : 5 ; échecs : 3 ; 1 cas perdu de vue.

La colectomie en 3 temps ou l'extériorisation-résection est une méthode de toute sécurité. Elle consiste dans un premier temps à extérioriser l'anse sigmoïdienne, à la réséquer au thermocautère dans les jours suivants et enfin dans un 3^e temps à faire la cure de l'anus iliaque.

De cette opération, nous relatons 6 cas tous opérés en dehors d'obstruction ou de volvulus. Les suites opératoires ont été, dans tous les cas, extrêmement simples, sans la moindre élévation de température, sans aucun incident. Une fois seulement, la cure de l'anus n'a pas été parfaite et a donné lieu à une fistulette qui laisse passer des gaz et un peu de matières. Les suites éloignées dans un cas ne sont pas connues ; dans un autre cas, l'opération est trop récente. Dans les 4 autres cas, le résultat fut excellent. La malade de l'observation n° 21, qui a été opérée

rée par M. le P^r Gosset, présentait un mégacôlon sigmoïdien si volumineux que l'estomac était absolument rejeté à droite et siège d'une véritable biloculation gastrique extrinsèque. Elle subit la première opération le 11 mars 1927, la deuxième le 15 mars, et la 3^e le 2 mai : elle sort guérie le 24 mai 1927. 22 mois après, la malade est littéralement transformée : elle a engraisé de 8 kilogs, ne présente plus de coliques, ni de ballonnement. Elle va régulièrement à la selle chaque jour. Le malade de l'observation n° 22, qui a été opéré par le D^r Soupault, est revu 21 mois après, très satisfait de son état, ayant engraisé, mais gardant un peu de constipation. Une nouvelle radiographie pratiquée montre une anastomose perméable, un côlon sus-jacent normal.

La colectomie en 3 temps paraît donc une opération très sûre, sans danger et donnant de bons résultats éloignés. Quelques détails, cependant, méritent d'être précisés dans sa technique.

L'extériorisation est, en général, assez simple. Pour mieux explorer l'abdomen, une incision médiane sous-ombilicale est la meilleure voie d'abord. Elle a été pratiquée dans presque tous les cas que nous rapportons. Le D^r Thalheimer, dans l'observation n° 26, qui avait commencé par une incision iliaque gauche, n'a pu dégager complètement le sommet de l'anse qui était fixé au niveau de la fosse iliaque droite à la terminaison de l'iléon ; il dut refermer sa première incision pour repasser par la voie médiane. Le D^r Hertz a commencé par une incision de Roux, pensant avoir affaire à une simple appendicite. Ayant alors découvert un volumineux sigmoïde, il rectifia son diagnostic et passa par la voie médiane.

L'anse sigmoïde ectasiée est généralement libre et facilement attirée au dehors, mais avant de l'extérioriser il est nécessaire de toujours vérifier le méso-sigmoïde et de s'assurer qu'à ce niveau il n'y a pas d'adhérence épiploïque intestinale, par suite de la péritonite chronique dont il est généralement le siège. La moindre adhérence ne doit pas être

négligée, mais libérée complètement. Il n'est pas rare, en effet, qu'une anse grêle simplement fixée se trouve totalement coudée après que l'on a fait l'extériorisation. Gaudart d'Allaines, dans l'observation n° 48, avaient guéri par la résection extériorisation un malade atteint de mégacôlon sigmoïdien tordu. 3 mois après, ce malade succombe à une occlusion de grêle au niveau de l'adhérence que l'opérateur avait vue, mais qu'il n'avait pas jugé suffisante pour gêner le transit intestinal.

L'extériorisation peut très bien être faite par l'incision médiane, c'est ce qu'on a fait dans toutes les observations, sauf dans les 2 cas de Hertz, où ce chirurgien a préféré faire une nouvelle incision iliaque gauche plus petite par laquelle il a glissé l'anse vidée préalablement de ses gaz et de ses matières par une sonde rectale. Nous ne croyons pas que cette deuxième incision soit absolument nécessaire.

L'anse sortie, il est bon de la fixer au péritoine pariétal par quelques points à la soie fine ; de même, il est très indiqué de réunir les branches afférentes et efférentes de l'anse par 4 ou 5 points à la soie. On se prépare ainsi la réparation ultérieure de l'anus. Cette précaution est particulièrement utile quand on emploie pour la fermeture de l'anus l'entérotome de Dupuytren. On évite ainsi que des anses grêles se glissent entre les 2 pieds de l'anse et puissent être atteintes quand on met en place l'écraseur.

Le deuxième temps de l'opération, c'est-à-dire la résection de l'anse, sera faite généralement 4 à 5 jours après la première intervention. Il sera bon, dans ce cas, de la faire précéder d'une ponction au thermaucautère, de façon que les gaz puissent s'échapper et que la distension abdominale ne s'exagère pas. La résection se fait très facilement, sans anesthésie ou simplement après injection de cocaïne dans le méso. On sectionne d'abord à chaque extrémité l'anse intestinale et quand on a libéré l'intestin à ses deux bouts, il est facile de sectionner le méso en plaçant plusieurs liga-

tures sur les vaisseaux qui sont toujours très importants dans le cas d'anses ectasiques, mais saignent beaucoup moins après une extériorisation de quelques jours que dans une résection immédiate.

Celle-ci peut être faite à la fin de la première intervention, sitôt que la plaie pariétale est suturée. Il est nécessaire, dans ce cas, de placer dans chaque bout colique un tube de Paul, de façon que les matières ne viennent pas trop souiller la plaie. Cette méthode a été suivie par le Dr Soupault dans l'observation n° 21. Il est certain que cette façon de faire est moins satisfaisante que la résection retardée où l'on n'a pas alors à craindre d'infection pariétale. Pourtant il est des cas où le mégacôlon ne peut pas être vidé complètement de la stase stercorale qui l'encombre malgré les soins pré-opératoires les plus méticuleux et l'extériorisation risque de venir aggraver un état d'obstruction chronique en gênant le passage des gaz. C'est ainsi que dans l'observation n° 21 on avait pensé ne faire la résection que 8 jours après l'extériorisation, mais dès le 3^e jour apparaissaient de la fièvre, du ballonnement du ventre, des nausées qui forçaient à faire la résection d'urgence le 4^e jour au matin.

La fermeture de l'anus contre nature, qui subsiste après cette résection sera entreprise généralement 1 mois à 2 mois après. Il faut, en effet, que la plaie pariétale soit absolument nette, souple, indolore, ne présente plus aucune rougeur, aucune trace d'infection chronique.

Pour obtenir la fermeture de cet anus, 3 méthodes sont à notre disposition :

1° On peut utiliser la méthode de l'entérotome de Dupuytren dont les 2 branches introduites chacune dans une anse différente viennent écraser l'éperon que l'on a eu soin de constituer au cours de la 1^{re} intervention en réunissant les 2 pieds du mégacôlon par des points séro-séreux. Cette manœuvre est sans danger si l'on a soin de créer un éperon

assez long pour que des anses grêles ne viennent pas s'insinuer et se trouver prises entre les 2 mors de l'écraseur.

Au bout de quelques jours l'entérotome tombe spontanément, le passage des matières se fait directement dans le bout inférieur et il ne subsiste plus qu'une fistulette superficielle qui peut se fermer spontanément ou qu'on ferme sans difficulté. Cette méthode a été utilisée par le D^r Hertz et lui a parfaitement réussi, elle a été utilisée par le D^r Thalheimer mais ne lui a pas donné satisfaction.

2° La méthode de la cure extrapéritonéale consiste à aviver les bords de l'anus, à les isoler des plans musculo-aponévrotiques jusqu'à atteindre le péritoine pariétal qu'on n'ouvre pas. On fait alors une entérorraphie en 3 plans : un plan muqueux, deux plans d'enfouissement. Au voisinage on place un petit drain et par-dessus la suture intestinale on referme d'abord les muscles puis la peau. On peut ainsi obtenir une excellente paroi. Mais il y a deux inconvénients : d'une part, l'anse reste adhérente à la paroi et d'autre part les échecs sont assez fréquents. Si un petit abcès se produit au voisinage de la suture, il s'élimine au dehors et la fistule se rétablit. Okinczyk insistait récemment sur ce fait que l'échec peut être évité à condition de tenter la fermeture au bon moment, c'est-à-dire pas trop précocement, après extinction de tout phénomène inflammatoire local.

3° La 3^e méthode consiste à faire la cure intrapéritonéale de l'anus. Par une incision elliptique on encadre un peu à distance l'orifice de l'anus que l'on a eu soin d'oblitérer avec une compresse. Au pourtour on isole le plan musculo-aponévrotique. Puis à distance de l'anus, là où n'existe pas d'adhérence profonde, on entre dans la grande cavité péritonéale. On agrandit l'orifice, et le doigt étant introduit en crochet de façon à saisir la portion intra-péritonéale de l'anse fistulisée, on s'assure qu'il n'y a pas d'intestin ou d'épiploon adhérente. Sous le contrôle de la vue, au fur

et à mesure, on sectionne le plan musculo-péritonéal fixé au côlon. Celui-ci libéré, on l'extériorise en dehors du ventre sur un champ, cependant qu'une grande compresse est enfoncée dans la plaie et protège le péritoine. On avive alors le pourtour de l'orifice intestinal et on le suture en 3 plans : 1 plan muqueux, 2 plans d'enfouissement. Cette suture est facilitée d'une part, par la formation de l'éperon qui accole déjà les 2 séreuses à la partie postérieure et, d'autre part par une petite manœuvre que l'on doit faire au moment de la résection de l'anse. Elle consiste sitôt que l'anse a été sectionnée à affronter par de petites soies la partie mésentérique des 2 bords intestinaux. Si bien qu'au moment de la fermeture de l'anus, la suture postérieure se trouve déjà faite.

De ces 3 méthodes laquelle choisir ? Nous avons vu de nombreuses fois notre Maître M. le Professeur Gosset, fermer des anus contre-nature en employant la méthode intrapéritonéale et nous avons toujours été frappés, de la rapidité, de la facilité, de l'élégance, et nous ajouterons même de la sécurité de ce procédé entre ses mains.

Il est indéniable que s'il n'est pas exécuté avec une correction parfaite, on s'expose à une contamination péritonéale. Mais il s'agit alors d'une faute de technique. La cure extra-péritonéale précédée ou non de la pose de l'entérotome est une méthode qui, évidemment, comporte moins de risques, donne plus de sécurité, mais est plus longue et expose à des échecs. Récemment, à la suite d'une communication à la Société de Chirurgie de M. le professeur Duval, M. Okinczyk résumait sagement la discussion en précisant que « la cure intrapéritonéale des anus artificiels n'est pas « bénigne et sans risque entre toutes les mains. Or, la fermeture de l'anus artificiel arrive en fin de cure, quand les « étapes les plus dangereuses d'une thérapeutique chirurgicale souvent aléatoire et difficile sont franchies. Un « échecs dans ces conditions prend les allures d'un désastre « impardonnable (je veux dire : qu'on ne se pardonne pas) « quand nous avons les moyens par la cure extra-périto-

« néale de réduire un échec toujours possible aux proportions d'un incident sans gravité ».

A côté de la colectomie en 1 temps, de la colectomie par extériorisation-résection, nous apportons 3 cas de colectomie en 1 temps précédée d'une fistulisation cæcale. Ce sont des cas un peu particuliers, résultant de ce que le malade a été vu en période d'obstruction avec ballonnement du ventre, constipation opiniâtre de plusieurs jours. Les lavements, les purgatifs ont été impuissants à évacuer la poche colique dont l'occlusion valvulaire s'est exagérée à la suite d'une rétention gazeuse. Une cæcostomie de dérivation a permis de faire cesser l'occlusion commençante et d'opérer ultérieurement le mégacôlon « à froid ». Dans les 3 cas on a pratiqué une résection suivie d'entérorraphie immédiate sous le couvert de la cæcostomie de décharge. Dans les 3 cas on a obtenu une guérison très simple sans incident, et les résultats éloignés ont été parfaits pour les deux cas que nous avons pu retrouver et qui appartiennent tous deux à notre Maître, M. le Professeur Gosset. Dans l'observation n° 47, le malade revu 17 mois après ne conserve plus qu'une légère constipation, combattue facilement par des laxatifs légers. Dans l'observation n° 46 le résultat est meilleur encore, puisque le malade est en parfaite santé 15 ans après l'opération.

En résumé, de ces 3 méthodes de traitement de mégacôlon sigmoïdien non compliqué quelle est celle qu'il faut choisir?

Il en est une qui paraît vraiment une méthode d'exception, c'est la dernière que nous venons de décrire. Elle n'est indiquée que comme le traitement curatif après le traitement palliatif d'une obstruction. Elle revient, en somme, à faire une opération en 3 temps : cæcostomie, colectomie sigmoïdienne, cure de l'anus cæcal, comme dans la colectomie par extériorisation. Mais avec une moins grande sé-

curité, car la résection avec entérorraphie immédiate reste sérieuse même avec un anus de dérivation sus-jacent, et d'autre part la cure de l'anus cæcal n'est pas plus aisée que celle d'un anus colique. Donc cette troisième méthode est indiquée quand on a dû pratiquer une cæcostomie pour obstruction, elle ne doit pas être généralisée à tous les cas comme le voulait Patel dans son rapport au Congrès de Pédiâtrie, en 1911.

Il reste donc deux grandes méthodes en présence : la colectomie en 1 temps ou en 3 temps. Dans nos observations la 1^{re} a été pratiquée 9 fois avec 5 bons résultats éloignés, la 2^e 6 fois avec 4 bons résultats éloignés. Mais il est juste de faire remarquer que 3 échecs de la 1^{re} méthode ne relèvent pas de ce que la colectomie a été faite en 1 temps, c'est un échec de la colectomie segmentaire : quel que soit le procédé technique de celle-ci, le résultat aurait été le même. En réalité, le gros argument qui permet de décider entre les deux, c'est que l'une comporte plus de risque opératoire que l'autre. D'après la statistique que fournit l'étude de nos cas les 2 méthodes ne donnent aucune mort opératoire, mais il n'est pas douteux que les suites post-opératoires ont été beaucoup plus simples, dans les cas que nous avons pu suivre, lorsqu'il s'agissait d'une colectomie en 3 temps que d'une colectomie en 2 temps. L'extériorisation-résection ne doit pas donner de mortalité, la colectomie en 1 temps qui a l'avantage de guérir plus rapidement le malade comporte malgré tout un certain risque. Le choix entre les deux procédés est une question d'expérience de chacun et surtout une question d'indication parfaitement posée. Si le mégacôlon au moment où on le voit n'est pas en obstruction si par la préparation minutieuse pré-opératoire on a réussi à vider le plus complètement possible la poche colique et à en diminuer ainsi la septicité, si au moment de l'opération on constate que l'anse ectasiée n'est plus le siège de stase fécale, on peut tenter une colectomie en 1 temps ; on a toutes les chances de son côté. Si, au contraire, le ma-

lade reste avec une constipation opiniâtre malgré les entéroclyses et les purgatifs, si le malade est fatigué et intoxiqué par une stercorémie chronique, si à l'opération on sent dans l'anse colique des fécalomes — il ne faut pas hésiter à choisir l'extériorisation-résection. Evidemment, le procédé est moins brillant, moins rapide, mais dans ce cas « il ne s'agit pas d'élégance chirurgicale mais de sécurité ».

OBSERVATION XI

(in Bensaude et Sorrel. Arch. des Mal. de l'app. digestif
et de la nutrition, 1914).

Jeune homme de 17 ans.

Mégacôlon avec constipation opiniâtre, distension gazeuse, obstruction intestinale. Altération de l'état général. Rectoscopie : absence de tout rétrécissement rectal organique.

A 8 cm. de l'anus, sorte de valvule que l'on peut franchir en inclinant fortement le rectoscope à gauche.

Radiologie : refoulement du diaphragme et des organes abdominaux. Distension de l'S iliaque et de la partie supérieure du rectum, le tout formant une énorme poche recourbée sur elle-même; ayant la forme d'une cuisse et d'une jambe fléchie, et occupant toute une moitié de l'abdomen, du détroit inférieur au diaphragme. Mégasigmoïde.

Opération : Dr Gosset, 24 oct. 1912.

L'S iliaque dilatée vient faire saillie dans la plaie et présente le volume d'un estomac avec des parois très hypertrophiées.

Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale avec exclusion unilatérale du gros intestin.

15 jours après selle quotidienne spontanée, depuis les garde-robes ont été régulières : 2 selles spontanées par jour ; le ballonnement, les douleurs ont complètement disparu. L'appétit est bon, la malade a engraisé et a repris sa profession.

Suites opératoires : 5 novembre 1913 : Excellente santé, 2 ans après l'intervention. Engraisée de 15 kg. depuis l'opération. Selles régulières 2 fois par jour.

Radio-scopie : Accumulation de bismuth dans l'intestin grêle, qui se comporte comme un segment du gros intestin. De l'intestin grêle, le bismuth passe directement dans la terminaison du gros intestin par la bouche anastomotique. Le cæcum, le côlon ascendant, le transverse, le

côlon descendant sont visibles, grâce à leur contenu gazeux, clair, mais ils ne contiennent aucune trace de bismuth. L'exclusion du gros intestin reste parfaite, et il n'y a chez ce sujet aucune espèce de reflux (Voir dans l'article de Bensaude et Sorrel l'image radiographique).

En 1927, donc quinze ans après l'intervention, le Dr Bensaude a revu le malade qui est en excellente santé, continue à aller à la selle régulièrement, et peut exercer sans fatigue le métier de facteur des Postes à la campagne. Une nouvelle radiographie n'a pas été pratiquée.

OBSERVATION XII

(Inédite) Pr Gosset

M. D... Camille, 36 ans. Le malade entre pour une constipation opiniâtre. Le début remonte au mois de février 1925, par des crises douloureuses de l'abdomen, accompagnées de constipation, puis de diarrhée et même parfois de méloëna léger. On porte le diagnostic d'entérite muco-membraneuse, puis d'appendicite chronique. Le 9 janvier 1926, appendicectomie qui n'amène aucun soulagement. Au contraire, à partir de ce moment, le malade maigrit progressivement et perd 7 kg. en 18 mois. La constipation s'exagère et pour obtenir une ou deux selles par semaine, il doit utiliser toutes les variétés de purges, laxatifs et lavements. En même temps, douleur 1 heure et demie après les repas, dans la région péri-ombilicale, irradiant parfois à l'omoplate droite ou à tout l'abdomen. Ballonnement du ventre. Etat nauséux constant, jamais de vomissement. Céphalée, fatigue générale. Appétit assez bien conservé. A l'examen : l'abdomen est souple, un peu distendu, douloureux dans la fosse iliaque droite et sur le trajet du côlon transverse. Le foie est normal.

Examen préopératoire : appareils circulatoire et respiratoire normaux, coagulation 3 m. 5. Azothémie, 0 gr. 60 0/00, ni sucre, ni albumine dans les urines.

Radiographie : montre un mégacôlon sigmoïdien (Fig. n° 1).

Opération : le 9 juillet 1926. Opérateur : Pr Gosset. Aides : MM. Loewy et Iselin. Anesthésie à l'éther. Durée 33'. Incision médiane sous-ombilicale. On voit un S iliaque long et distendu. Résection et anastomose bout à bout. Drain. Paroi à la soie.

Suites opératoires : Le lendemain de l'opération et les jours suivants, la température reste entre 38 et 38°5. Le 8^e jour, elle tombe à 37° et y demeure. Ablation des fils le 9^e jour, du drain le 13^e jour. Le malade sort guéri le 20^e jour.



FIG. 1 (Obs. n° XII, Camille D...). — 1^{re} radio, le 23 juin 1926, volumineux mégacôlon sigmoïdien



FIG 2 (Obs. n° XII, Camille D. — 1. — 2^e radio, le 29 décembre 1928. Guérison parfaite par résection de l'anse sigmoïde. Anastomose permanente, calibre normal du côlon sus-jacent.

Suites éloignées : le 29 décembre 1928.

Etat général parfait. A engraisé de 11 kg. Selles quotidiennes, une fois par semaine le malade prend une pilule laxative d'aloès, plus par précaution que par besoin. Appétit excellent, plus de nausées ni de céphalées. A l'examen, ventre souple, de volume normal. Cicatrice linéaire, paroi solide.

La radiographie, faite ce même jour (fig. n° 2), montre un côlon de calibre, de longueur, de situation normale. L'anastomose colo-colique est parfaite et ne montre aucun rétrécissement. Donc 2 ans et demi après l'opération, résultat excellent.

OBSERVATION XIII

(in Bensaude et Sorrel. *Arch. des Mal. de l'app. digestif et de la nutrition*, 1914), P^r Gosset

Mlle G..., 21 ans, envoyée par le D^r Isch-Wall et le D^r Bensaude.

Constipation opiniâtre, datant de l'enfance, périodes d'obstruction assez longues, 15 jours environ. Dans les dernières années, crises douloureuses, terminées par vomissements et débâcle. Depuis 18 mois, altération de l'état général. Amaigrissement.

Examen rectoscopique : L'instrument bute à 10 cm. contre une valvule qui l'arrête. Cette valvule est située à droite, elle est à concavité supérieure, elle bride un orifice oblitéré par des matières noirâtres. Pour pénétrer dans cet orifice, il faut porter l'instrument très fortement à gauche, on arrive avec de grandes difficultés et en s'y reprenant à plusieurs fois, à contourner la valvule qui borde l'entrée de la poche. On se trouve alors dans une cavité qui file vers la droite. Ses parois sont tapissées de matières fécales solides et noirâtres, et on ne peut apprécier l'état de la muqueuse. En retirant l'instrument, on retrouve très nettement la valvule à droite.

Examen radioscopique : Grosse anse sigmoïde anormalement dilatée, refoulant la coupole gauche du diaphragme, le cœur lui-même est rejeté à droite et paraît de plus avoir subi une sorte de mouvement de torsion. 25 cg. de poudre de carmin ingérée apparaît dans les selles. 25 jours après. Mégasigmoïde.

Opération : D^r Gosset. 11 décembre 1913.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On trouve une anse sigmoïde énorme occupant les fosses iliaque et lombaire gauche, et débordant la ligne médiane. Elle est vidée, le méso

est long, et on peut facilement attirer cette anse au dehors. On fait une résection du sigmoïde depuis sa jonction avec le côlon descendant, jusqu'à 10 cm. au-dessus de l'anus. On termine par une anastomose termino-terminale. L'anse ainsi enlevée mesure 72 cm. de long, et après avoir été moyennement distendue, 26 cm. de circonférence au niveau du point le plus large. Dans son tiers inférieur, l'aspect est blanc nacré, contrastant avec l'aspect rosé des deux tiers supérieurs.

Cette portion blanchâtre correspond à une hypertrophie très nette de la paroi. Par éversion, on peut examiner une partie de la muqueuse qui ne présente aucune ulcération. Il n'existe aucune valvule.

La malade sort guérie de la maison de santé, mais l'on n'a pu avoir de ses nouvelles pour connaître les suites éloignées.

Suites immédiates bonnes. Suites éloignées inconnues.

OBSERVATION XIV

(in Bensaude et Sorrel, dans les Arch. des Maladies de l'app. digestif, 1914), P^r Gosset

Jeune fille de 18 ans.

Clinique : début à l'âge de 13 ans par une constipation progressive pouvant se prolonger pour plus de dix jours, accompagnée de nausées et céphalée continue. Puis véritable crise d'obstruction avec distension gazeuse et altération de l'état général.

Opérée d'une appendicite chronique sans amélioration.

A la rectoscopie : dilatation du gros intestin avec absence de tout rétrécissement organique. A la ponction de la portion normale et de la partie dilatée, valvule.

A la radioscopie : S iliaque considérablement allongée et dilatée, remontant jusqu'au diaphragme : mégasigmoïde.

Opération le 27 novembre 1911 (P^r Gosset), incision médiane sous-ombilicale.

Anse sigmoïde très longue, dilatée, à parois légèrement épaissies, s'étendant de la partie supérieure du rectum au côlon descendant. La démarcation entre les parties saines et l'anse malade est très nette, le méso-sigmoïdien remarquablement long.

Résection de l'anse sigmoïdienne sur une étendue de 30 centimètres environ. Entérorraphie bout à bout.

Suites opératoires : sortie de la maison de santé 3 semaines après l'opération. L'état de la malade ne s'est pas sensiblement amélioré, la constipation persiste aussi intense que par le passé et la céphalée survient très fréquemment.



FIG. 3 (Obs. n° XV, M^{lle} Gr...). — 1^{re} radiographie. Enorme mégacôlon Sigmoidien (12 janvier 1927).

En novembre 1912 la malade revient consulter le docteur Bensaude.

Examen radioscopique : aucune dilatation intestinale ne s'est reproduite, mais arrêt principalement marqué en deux régions : moitié gauche du transverse et portion terminale de l'anse sigmoïde (coudure du transverse ? coudure de la portion terminale de l'anse sigmoïde ?)

2° intervention : P^r Gosset : L'état de la malade ne permet qu'une opération de courte durée et de grande bénignité. On se contente de pratiquer un anus contre nature cæcal, se réservant d'intervenir secondairement si l'état redevenait meilleur. L'examen du côlon transverse ne révèle aucune bride ni coudure.

En décembre 1913, l'anus cæcal fonctionne toujours bien, mais tuberculose pulmonaire (constatée radiographiquement) : D^r Ledouff-Lebard.

Quelques années plus tard, la malade succombe à sa tuberculose pulmonaire.

Mauvais résultat du traitement opératoire.

OBSERVATION XV

P^r Gosset (inédite)

Mlle G..., 24 ans.

Opérations antérieures : appendicectomie (17 octobre 1923).

Etat actuel (février 1927) :

La malade a toujours été constipée, et en particulier depuis l'âge de 12 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde : constipation qui est allée en s'accroissant jusqu'à maintenant. La malade est restée jusqu'à 25 jours sans aller à la selle, les purges ont été sans effet, de même que les lavements portés avec sonde.

A l'examen (48 h. après une selle) : ventre ballonné, météorisé. Le côlon n'est pas appréciable à la palpation. La radiographie montre un mégacôlon sigmoïdien (fig. n° 3).

Opération le 11 février 1927. Opérateur : P^r Gosset, aides : MM. Thalheimer, Barragué ; anesthésie à l'éther : D^r Boureau 21'.

D. opératoire : mégacôlon sigmoïde.

Nature de l'intervention : résection du mégacôlon ; anastomose bout à bout.

Incision médiane sous-ombilicale. La malade est encore grasse. On voit un mégacôlon dont la dilatation ne va pas très bas, heureusement. On trouve inutile de faire l'opération en 2 temps et l'on résèque le

côlon sigmoïde (fig. n° 4). Puis anastomose bout à bout avec 2 surgets à la soie. Drain n° 25. Fermeture de la paroi à la soie par M. Thalheimer, à la soie, au catgut près du drain.

Suites opératoires : la malade présente pendant 3 jours une température qui oscille entre 38° et 39° ; en même temps ballonnement du ventre, arrêt des gaz, vomissements, on met de la glace sur le ventre ; on fait un lavage d'estomac ; le 4^e jour, la malade commence à rendre des gaz cependant que la température tombe à 37°7. On enlève les fils les 11^e et 13^e jours.

La malade ne présente qu'une amélioration temporaire de sa constipation : le 1^{er} mois : 7 selles ; le 2^e mois : 4 selles ; le 3^e mois : 2 selles ; le 4^e mois : 1 selle.

Chacune de ces crises d'obstruction étant accompagnée de coliques, d'anorexie, de nausées, et même en juin 1927 d'un vomissement fécaloïde, le 4 juillet 1927 on pratique une radioscopie après lavement bismuthé pour s'assurer du fonctionnement de l'anastomose.

Le lavement opaque montre sur le côlon, au niveau de la fosse iliaque gauche un point où la lumière colique est très étroite, presque filiforme sur une étendue de un travers de doigt environ. Le lavement opaque parvient cependant à remplir le côlon ascendant qui paraît un peu dilaté et le transverse dont le calibre est un peu fort. Un spasme marqué sous la forme d'une ombre péristaltique parcourt le côlon descendant.

En résumé : l'anastomose bout à bout paraît rétrécie : les côlons transverse et descendant un peu dilatés au-dessus de l'obstacle, mais avec un péristaltisme normal.

Après 12 jours de préparation au moyen de lavements d'huile de 2 litres et demi intercalé avec des purges d'huile de ricin, on obtient les selles abondantes.

Le 19 novembre 1927, 2^e opération : opérateur : Pr Gosset.

Aides : MM. Thalheimer et Blondin, anesthésie à l'éther.

Opération : libération d'adhérences autour de l'anastomose.

On réincise au niveau de l'ancienne cicatrice que l'on résèque, car elle est un peu chéloïdienne ; très bonne paroi musculaire. On incise facilement le péritoine et l'on voit partant de l'anastomose du bout supérieur 4 petites brides filiformes qui rattachent l'anastomose à la paroi ; on les libère ; on vérifie l'anastomose qui fonctionne bien. Le cæcum est dilaté, les anses grêles sont un peu plates. La paroi est refermée à la soie.

Suites opératoires : malgré cette libération, la malade n'est pas améliorée, la constipation subsiste et nous avons pu apprendre qu'au début

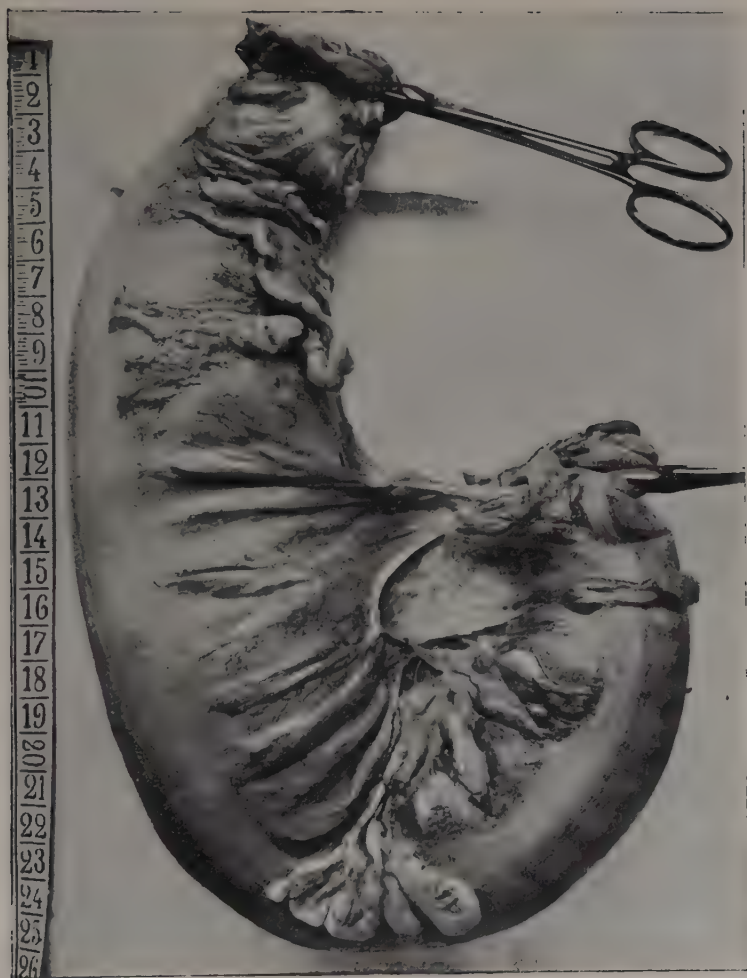


FIG. 4 (Obs. n° XV, Mlle Gr...). — Mégacôlon sigmoïdien extirpé



FIG. 5 (Obs. n° XV, Mlle Gr. . .) — 2° radiographie (sept. 1927) sept mois après la résection de l'anse Sigmoide dilatée. L'anastomose fonctionne bien, mais tendance à la récidence du magacolon.

de 1928, la malade a succombé à une colectomie totale qui a été pratiquée dans un autre service.

Une radiographie pratiquée avant son départ de la Salpêtrière avait montré un bon fonctionnement de l'anastomose, mais le côlon depuis l'angle splénique jusqu'au rectum compris est fortement distendu comme si le mégacôlon avait récidivé (fig. n° 5).

En résumé : mauvais résultat de la colectomie partielle, gravité de la colectomie totale chez cette malade déjà très fatiguée.

OBSERVATION XVI

P^r Lecène

Homme âgé de 28 ans, ouvrier polonais. Depuis plusieurs années présente des crises abdominales douloureuses avec ballonnement du ventre, constipation rebelle de 3 à 4 jours. On a pensé à l'appendicite chronique à cause de la douleur dans la fosse iliaque droite. Mais un examen plus attentif montre que la douleur siège également dans la fosse iliaque gauche, que les crises ne sont accompagnées ni de fièvre, ni de vomissements. Une radioscopie révèle une distension considérable du côlon pelvien qui remplit la moitié de l'abdomen.

Opération le 27 février 1924. Après préparation. Anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve un côlon sigmoïdien très distendu avec mésosigmoïdite rétractile. Résection totale du sigmoïde. Après hémostase soignée du méso très vasculaire. Entérorraphie circulaire en deux plans. Réfection du méso par deux surjets. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Suites immédiates : simples.

Suites éloignées : 3 mois après revu bien portant et débarrassé de ses crises douloureuses.

OBSERVATION XVII

(P^r Lecène)

Fillette de 12 ans, très vigoureuse, bien constituée, qui, au dire de sa mère, a toujours eu un ventre un peu gros, a été toujours constipée depuis sa première enfance. Depuis 1920, a présenté, à plusieurs reprises, des douleurs abdominales surtout dans la fosse iliaque droite, accompagnées de nausées et de constipation, plus marquée que d'habitude. La température, à ce moment, ne dépasse pas 37°8. En 1921, la malade est présentée au P^r Lecène comme atteinte d'appendicite chronique et de fait il existe une douleur à la pression assez vive au

niveau de la fosse iliaque droite, avec légère défense musculaire. Mais le reste de l'abdomen est ballonné, tympanique et un examen radiologique est demandé, parce que le diagnostic d'appendice chronique n'est pas entièrement satisfaisant. L'examen radiologique montre une énorme distension du côlon pelvien, qui remonte très haut verticalement, puis se coude brusquement pour redescendre vers la fosse iliaque gauche.

Opération le 7 janvier 1921. Après préparation soignée de la malade (prise quotidienne de 10 gr. d'huile de ricin pendant 5 jours) anesthésie au chloroforme. Incision médiane, extériorisation d'un côlon sigmoïdien énorme, légèrement tordue autour de la base du méso. Ligature de ce méso qui présente des vaisseaux très dilatés, puis résection totale de l'anse malade. Suture termino-terminale en deux plans avec réfection soignée du méso. Réunion sans drainage.

Suites immédiates : très simples.

Suites éloignées : en 1926, c'est une jeune fille de 16 ans, qui n'est plus du tout constipée, n'a plus jamais souffert du ventre et s'est parfaitement développée.

En résumé : excellent résultat.

OBSERVATION XVIII

(P^r Lecène)

Homme de 30 ans, ouvrier Polonais, souffre du ventre depuis 2 ans surtout. De temps à autre, il présente une crise de douleurs abdominales diffuses, avec constipation rebelle durant 3 à 4 jours sans vomissement, ni fièvre, mais l'obligeant à interrompre son travail. La douleur dans la fosse iliaque droite est assez nette, mais le malade déclare aussi souffrir à gauche. Actuellement, il n'y a pas de fièvre et le ventre est souple. On réveille une douleur nette dans la fosse iliaque droite, mais aussi dans celle du côté gauche. Le diagnostic d'appendicite chronique paraît peu vraisemblable.

La radioscopie montre, en effet, un mégacôlon sigmoïdien des plus nets. Plus de 2 litres de lavement baryté n'arrivent que difficilement à remplir le côlon pelvien qui monte verticalement très haut, pour redescendre vers la fosse iliaque gauche, la bouillie barytée remplit ensuite péniblement le côlon ascendant.

Opération le 16 janvier 1924 (après préparation soignée : 10 gr. d'huile de ricin pendant 5 jours), anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve un mégacôlon sigmoïdien consi-

dérable, légèrement tordu sur son méso, avec mésosigmoïdite rétractile à la base. Résection totale du sigmoïde distendu. Hémostase du méso. Entérorraphie circulaire en deux plans. Reconstitution du mésosigmoïde. Réunion de la paroi sans drainage.

Suites éloignées : A été revu 3 mois après en très bon état ; il va à la selle chaque jour, n'a plus souffert depuis l'opération. Excellent résultat.

OBSERVATION XIX

P^r Sencert

St... Louis, homme de 54 ans, entre à la clinique chirurgicale de Strasbourg, 12 mars 1919, pour une crise d'occlusion qui s'est complétée en 8 jours.

Dans les antécédents on trouve que cet homme souffrait depuis longtemps de l'intestin : constipation rebelle avec ballonnement du ventre et crises de coliques intermittentes, qui deviennent de plus en plus fréquentes. En 1918, crise d'occlusion aiguë opérée d'urgence par Madelung : Volvulus du côlon sigmoïde, qui est le siège d'une dilatation énorme. Détorsion du volvulus, évacuation de l'intestin avec une sonde rectale. Colopexie.

Amélioration très passagère, réapparition de la constipation, des crises coliques, du ballonnement. Ces crises ont abouti à l'occlusion actuelle.

12 mars 1919 : 1^{re} intervention : Cæcostomie à l'anesthésie locale, évacuation de gaz, de matières, mais les accidents persistent.

2^o intervention : 3 heures après laparotomie, volvulus de l'anse sigmoïde qui est énormément distendue avec des parois très épaisses, aucune trace de l'ancienne colopexie.

Détorsion de l'anse : Evacuation de l'intestin sur une sonde rectale.

Guérison rapide et simple.

Une radiographie, pratiquée à froid, montre un mégasigmoïde manifeste.

24 mai 1919 : Résection de l'anse sigmoïde et suture terminoterminele.

Fermeture sans drainage. L'anse enlevée a 60 cm. de large, 7 cm. de diamètre. Paroi avec une couche musculaire hypertrophiée, pas de rétrécissement pariétal ni valvulaire.

Suites opératoires simples. Selle normale le 4^e jour. Le malade sort guéri le 20^e jour. Il ne présente plus aucun trouble intestinal. En fin

1919, le malade meurt d'une attaque d'apoplexie. L'autopsie n'a pu être faite. Donc suites éloignées bonnes.

OBSERVATION XX

D^r Monod (Inédite)

V... René, 23 ans. Jeune homme malingre, amaigri, qui se plaint de douleurs abdominales et de constipation. A 14 ans, il a présenté une pleurésie avec épanchement. Il été soigné par le D^r Souques, en 1922, pour une myopathie ; atrophie musculaire prédominante sur les muscles périscapulaires et sur le trapèze gauche. Sa constipation, très-marquée depuis quelques années, n'a nullement été améliorée par un traitement médical prolongé pendant 2 ans.

A la radioscopie, allongement considérable du côlon prédominant au niveau du côlon sigmoïde, qui est assez distendu : mégadolichocôlon.

1^{re} intervention : le 8 septembre 1923, à l'hôpital Cochin. Résection du côlon sigmoïde, suture latéro-latérale juxta-terminale, après fermeture des deux bouts par deux surjets au fil de lin. Drainage.

Suites opératoires : Il n'y a pas d'amélioration. La constipation persiste et le ventre augmente de volume.

2^e intervention : Le 31 janvier 1924. Colectomie totale suivie d'iléo-sigmoïdostomie.

Suites opératoires : Excellentes. Selles spontanées tous les 2 ou 3 jours, alors qu'auparavant le malade restait 8 à 15 jours sans aller à la garde-robe. Augmentation de poids de 3 kg. 600. Mais le malade se plaint de douleurs post-prandiales d'abord gastriques, puis à localisation à droite.

3^e intervention : En 1927, à Cochin, où l'on se contente de libérer les adhérences à la paroi, l'anastomose iléo-sigmoïdienne fonctionne bien. Dans les suites, disparition des douleurs gastriques, mais le malade n'a pu être revu dernièrement.

OBSERVATION XXI

(Inédite) P^r Gosset

Mme P... Jeanne, 34 ans.

Début remontant à l'enfance. Étant enfant, restait déjà 7 à 8 jours sans aller à la selle.

Depuis l'âge de 14 à 15 ans, véritable crise de sub-occlusion :



FIG. 6 (Obs. n° XXI, Jeanne P...). — Mégacôlon Sigmoidé. Celui-ci n'est visible que par son énorme bulle gazeuse. L'estomac, qui, seul a été rempli de bismuth, apparaît complètement déjeté à droite de la ligne médiane.

— Durant plusieurs jours.

— Avec arrêt des matières, nausées, même parfois vomissements.

— Douleurs extrêmement violentes, siégeant dans le côté droit du ventre et que calmait à peine des applications chaudes.

La crise se calmait quand la malade allait à la selle et rendait ainsi une quantité considérable de matières dures et fétides. La défécation s'accompagnait d'ailleurs de douleurs terribles.

Ces crises, d'abord espacées de plusieurs années, se sont rapprochées dans la suite, jusqu'à revenir tous les mois au moment des règles.

En mai 1924, elle est opérée pour appendicite.

On trouve un appendice volumineux qui est enlevé et un cæcum extrêmement distendu. On se contente de lui faire une cæco-plicature.

Après l'opération, les troubles ne sont guère modifiés. Elle demeure aussi constipée et se plaint toujours, au moment des périodes de constipation, de douleurs extrêmement violentes, « comme pour un accouchement », dit-elle ; sous forme de coliques, torsion. Des séances de rayons ultra-violetts atténuent légèrement ces douleurs pendant un an.

Actuellement recommence à souffrir.

Depuis quelques mois, trois crises de 4 à 5 jours, où elle a des douleurs de broiement dans tout l'hémi-abdomen droit, exagérées au moment de la défécation.

Elle se plaint aussi de souffrir de l'estomac et de la région sous-hépatique, digestion lente, difficile.

Radioscopie (fig. n° 6).

A l'écran, on constate une légère ascension de la coupole diaphragmatique gauche, sous laquelle on perçoit une bulle gazeuse, occupant presque toute la moitié gauche de l'abdomen et permettant de distinguer par place la paroi du côlon. D'autres bulles gazeuses moins importantes sont disséminées du côté droit et limitent très nettement le bord inférieur du foie.

Des zones d'ombre opaques se voient dans le petit bassin et répondent au reliquat de l'ingestion barytée de l'examen radiographique fait il y a 8 jours.

L'ingestion d'un lait opaque fait apparaître l'estomac qui est entièrement repoussé vers la droite et il semble que le mélange opaque suive la grande courbure, montrant d'une part le déjettement du cardia vers la ligne médiane, d'autre part, une biloculation d'origine extrinsèque au tiers inférieur environ de la grande courbure, les deux tiers inférieurs de l'estomac étant refoulés entièrement à droite, à distance même du bord droit de l'ombre sterno-vertébrale.

L'image observée donne l'impression d'une torsion partielle de la



Fig. 7 (Obs. n° XXI, Jeanne P...). — Mégacôlon sigmoïde réséqué

grande courbure. Le péristaltisme gastrique est d'ailleurs régulier, peu intense et aboutit à des évacuations pyloriques difficiles à suivre, en raison du déplacement de l'estomac, mais qu'on peut contrôler sous les incidences obliques qui montrent un bulbe duodénal régulier et un transit duodénal s'effectuant sans arrêt.

Compte rendu opératoire : 11 mars 1927.

Lap. méd. sous-ombilicale.

Paroi très vasculaire.

Enorme mégacôlon qui commence à mi-hauteur de la fosse lombaire sur le côlon descendant et va jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du fond du Douglas (fig. n° 7).

Extériorisation et fixation de l'intestin et du méso sur péritoine pariétal.

Soies en U sur le péritoine. Soies sur le plan aponévrotique.

(Dans 8 jours, au thermocautère, résection).

Pansement vaseline.

2^e temps : 15 mars 1927.

Anus du mégacôlon qu'il eût été préférable de faire hier.

Sans anesthésie on résèque au thermo toute l'anse extériorisée. On lie avec de solides catguts les artères du méso et ensuite avec de petites soies on affronte l'un à l'autre les deux bords mésentériques. Sonde, pansement vaseliné.

3^e temps : 2 mai 1927. Fermeture de l'anus.

On trouve les deux orifices. La suture postérieure est déjà faite. On ferme les deux orifices par un surjet à la soie et un surjet d'enfouissement. Crins sur la paroi. Mèche.

Ablation de la mèche le 4^e jour.

Ablation des crins 9^e jour.

La malade sort guérie le 24 mai 1927.

En décembre 1928, la malade nous écrit que depuis son opération elle se porte parfaitement. Elle a engraisé de 8 kg. Elle ne présente plus aucune colique, aucune céphalée et aucune nausée comme elle en avait souvent avant l'opération. Elle va régulièrement à la selle tous les jours, sans laxatif et sans lavement. Elle ne peut venir en ce moment à la Salpêtrière, pour être radiographiée.

OBSERVATION XXII

D^r Soupault (inédite)

M. B... Albert, 52 ans. Opérations antérieures : cure radicale de hernie inguinale droite en 1908 et appendicectomie, hernie ombilicale en 1924.

Etat actuel : le malade entre pour crises douloureuses au creux épigastrique et hyperchlorhydrie. Passé de troubles dyspeptiques et hépatiques vagues.

Il y a 4 ans : crises douloureuses : douleurs vives siégeant dans l'hypocondre droit, vers le rebord costal droit, analogue à torsion. Ni vomissements, ni fièvre ; calmées par morphine.

En septembre 26 : crise identique, mais un peu plus violente. Un peu de subictère avec urines foncées.

Il y a 15 jours, douleurs à l'hypocondre droit et à l'épigastre, avec irradiations à tout l'abdomen ; morphine.

Depuis, petites crises sans horaire fixe accompagnées de constipation alternant avec des crises de diarrhée.

A l'examen : malade subictérique fatigué : l'abdomen est uniformément ballonné, pas de points douloureux. On note une hernie inguinale droite.

Examen radiologique (voir fig. n° 8) : le lavement opaque montre d'abord un aspect qui fait croire à une inversion du côlon, mais l'on s'aperçoit ensuite qu'il s'agit d'une malformation colique avec dolichosigmoïde. Le trajet du côlon étant en quelque sorte doublé. L'image du cæcum n'apparaît que très imparfaitement et semble en situation anormale au voisinage de l'angle hépatique.

Wassermann négatif, urée sanguine : 0,36 o/oo. Poumons normaux. Cœur légèrement augmenté de volume au niveau du ventricule gauche.

Urines : ni sucre, ni albumine, coagulation sanguine : 5 minutes. Préparation à l'opération par des lavements et huile de paraffine pendant les dix jours qui précèdent l'intervention.

Opération le 10 mars 1927 : opérateur : D^r Soupault ; aides : MM. Raiga et Zimmern. Rachianesthésie.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Paroi très grasse. On tombe aussitôt sur une anse grêle dans le mésentère de laquelle existent des brides scléreuses notables. On cherche le sigmoïde basculé vers le haut comme l'indique la radio. On tombe sur une grosse masse graisseuse de la taille de 2 bons poings, prise d'abord pour un lipome. Mais en l'extériorisant, on se rend compte que cette masse se continue avec le côlon iliaque d'une part, avec le rectum d'autre part et n'est autre que l'anse sigmoïde anormalement longue et complètement fermée dans une enveloppe graisseuse. On se décide pour une extériorisation en accolant en canon de fusil par 6 points au catgut les anses afférentes et efférentes. On ferme la paroi en 2 étages à la soie et on y amarre l'intestin. On fait ensuite une résection immédiate au thermocautère. On introduit un tube de Paul dans chaque anse.



FIG. 8 (Obs. n° XXII, Albert B...). — 1^{re} radio, 11 février 1927. Mégadolichocôlon sigmoïde



FIG. 9 (Obs. n° XXII, Albert B...). — 2^e radio le 27 décembre 1928. Guérison après résection du Sigmoide. Anastomose perméable. Calibre normal du côlon descendant.

Suites opératoires : Température ne dépassant pas 38°4 et tombant à 37°4 le 5^e jour. Ablation des tubes de Paul le 4^e jour. Purge le 7^e jour. Ablation des fils le 12^e jour. Le 32^e jour : pose de l'entérotome qui tombe 10 jours après. Fermeture spontanée de la fistule colique, selles normales par l'anus le 52^e jour. Le malade sort guéri le 54^e jour.

Revu le 31 octobre 1927 : bonne cicatrice avec une légère évacuation sus-pubienne. Très amélioré, n'a plus de crises coliques. Va régulièrement à la selle 1 fois par jour. Digère bien ; ne suit pas de régime, sauf suppression des légumineuses. A repris son poids, travaille, mais les forces ne sont pas tout à fait revenues.

Revu le 27 décembre 1928, le malade se porte très bien :

1) Il va régulièrement à la selle chaque matin : pas de constipation, pas de diarrhée, pas de douleurs.

2) Il a engraisé considérablement (une quinzaine de kgs).

Bon appétit. Excellent état général.

La radiographie pratiquée à cette date montre un côlon tout à fait normal : anastomose parfaitement perméable (fig. n° 9).

OBSERVATION XXIII

(Inédite) D^r Charrier

Mme P... Antoinette.

Le 23 mars 1922 est opérée dans le service du P^r Gossét, pour salpingite ayant nécessité une hystérectomie subtotale par le D^r Charrier.

Observation annexée au compte rendu opératoire donne les renseignements suivants : réglée à 12 ans. 4 enfants, pas de fausses couches. A la suite de son dernier accouchement qui date de 1925 : pertes blanches et douleurs dans le bas-ventre prédominant à droite. Depuis 18 mois, règles très irrégulières dans leur durée et leur abondance. Au toucher : col gros, un peu dur, corps augmenté de volume, en rétroflexion ; culs-de-sac droit et gauche douloureux avec masse perceptible à droite. Diagnostic : utérus fibromateux avec salpingite.

Examen préopératoire : poumons : normaux ; cœur normal.

T. A. : max. 14 1/2 ; mn. 9 1/2. Coagulation sanguine 8 minutes.

Azotémie : 0 gr. 34 0/00 ; pas d'albumine, ni sucre.

Opération : opérateur : D^r Charrier. Aide : Vilmoth ; anesthésie : éther.

Laparotomie médiane : gros utérus fibromateux, enflammé, en rétroversion ; annexes enflammées surtout à gauche ; hystérectomie sus-

vaginale. Appendicectomie après écrasement, avec enfouissement ; paroi à la soie.

Le 22 mai 1925, la malade vient consulter le D^r Guttman.

Se plaint de constipation opiniâtre sans débâcles diarrhéiques.

Selles difficiles, douloureuses avec sang rouge.

Ces troubles digestifs qui durent depuis 8 ans sont allés en s'accroissant depuis l'opération, pas d'autres troubles digestifs, pas d'amaigrissement.

Depuis l'opération, étourdissement, bouffées de chaleur.

A l'examen : côlon gauche, douloureux.

Le 12 septembre 1927, la malade est revenue dans le service pour une ostéite fistulisée du pied droit. Sur ce pied, qui est un pied bot en varus équin, s'est développé, en 1923, un durillon sur la face externe. Ce durillon s'enflamme, s'ulcère et à sa place existe une fistule qui, en 1927, a laissé s'évacuer un séquestre osseux. La fistule subsistant et le pied devenant de plus en plus douloureux au point que la marche est impossible, la malade entre dans le service où le D^r Petit-Dutaillis lui fait une amputation sus-malléolaire suivant le procédé de Guyon.

Le 23 avril 1928, la malade revient consulter le D^r Guttman pour sa constipation à type mégacôlon : constipation devenue opiniâtre durant 18 à 25 jours, selles très douloureuses au cours desquelles elle rend une quantité considérable de matières. Douleurs gastriques après les repas. Amaigrissement, céphalée.

Toucher rectal : rien de particulier.

Examen radioscopique (D^r Savignac) aucune lésion pariétale, mais parois extrêmement molles, tout à fait atone, type mégarectum, mégacôlon à confirmer par radio.

Examen radiologique : le lavement opaque remplit sans arrêt normal les différents segments du gros intestin. Il n'existe pas de points de sensibilité nette à la pression. Mais l'on note une anse sigmoïde dilatée, longue, flexueuse, bouclée, qui semble manquer un peu de mobilité à la palpation (fig. n° 10).

Le 31 juillet 1928. opération : opérateur : D^r Charrier. Aides : Sauvage. Anesthésie : éther. Nature de l'intervention ; résection de l'épiploon et du sigmoïde.

Laparotomie oblique iliaque gauche. On explore l'abdomen ; on trouve une très grosse épiploïte avec des brides tenant dans le petit bassin. On fait la résection complète du grand épiploon. Le côlon sigmoïde est gros et très long ; on décide l'extériorisation pour la résection secondaire. On la pratique en accolant les deux pieds de l'anse



FIG. 10 (Obs. n° XXIII, Antoinette P. .). -- Mégacôlon Sigmôïdien.

en canon de fusil par un surjet à la soie et en fixant le péritoine de l'anus extériorisé au péritoine pariétal.

Suites opératoires : la T° ne dépasse pas 37°8.

Le 7 août : Résection au thermocautère de l'anse extériorisée et suture des deux bords postérieurs pour préparer la fermeture ultérieure.

Le 2° jour de l'opération, la température atteint 38°2, mais le lendemain descend au voisinage de 37°4.

Le 14 septembre 1928, 3° temps : Fermeture de l'anus sigmoïde. Suture de l'intestin en deux plans à la soie après avivement des bords. Paroi aux crins avec un petit drain.

Suites opératoires : la T° le 2° et le 4° jour atteint 38°5 pour ensuite, à partir du 5°, rester au voisinage de 37°.

Le 7° jour, ablation du drain, le 8° des fils. La malade sort guérie le 4 octobre 1928.

Le 23 décembre 1928 :

1) La malade qui, avant l'opération, n'allait à la selle que tous les 18 à 26 jours, y va maintenant régulièrement tous les deux jours, mais seulement à l'aide de laxatifs : 1 cuillerée à soupe de sulfate de soude tous les 2 ou 3 jours. Grosse amélioration de ce côté, puisque autrefois ni purges, ni lavements ne donnaient de résultats ;

2) Au point de vue des troubles dyspeptiques, grosse amélioration aussi ; bon appétit, digestion normale.

3) Au point de vue de l'état général, bon, mais n'a pas engraisé (avait perdu 15 kg. avant l'opération).

4) Localement, bon état de la cicatrice, mais persistance d'une petite fistulette, qui laisse échapper quelques gaz et un peu de matières.

L'examen radiographique est impossible ; la malade ne pouvant garder le lavement bismuthé par suite d'une incontinence sphinctérienne.

OBSERVATION XXIV

D^r Hertz

Femme de 40 ans qui souffre depuis l'enfance de l'abdomen ; elle se plaint d'une part, d'une constipation chronique nécessitant l'usage de lavements fréquents et ne permettant qu'une selle tous les 5 à 6 jours ; d'autre part, des crises aiguës s'accompagnant de nausées ou de vomissements et de douleurs dans la fosse iliaque droite. Actuellement, elle présente un point douloureux dans la fosse iliaque droite et une légère contracture de la paroi. Pas de température, on est frappé de sa maigreur et de son teint subictérique.

1^o Opération le 26 novembre 1923 : incision de Roux, on ne trouve ni l'appendice, ni le cæcum, mais sans cesse revient dans le champ opératoire une énorme anse sigmoïde. On referme l'incision droite pour faire une laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve alors une très longue et très grosse anse sigmoïde, dont le méso au pied étroit présente des brides blanchâtres de méso-sigmoïdite. Le cæcum est littéralement au fond du pelvis sous un voile de péricolite.

1^o) Appendicectomie.

2^o) Columnisation du cæcum et du côlon sur 15 à 18 cm.

3^o) Incision iliaque gauche, extériorisation de tout le côlon sigmoïde, vidé de ses gaz par une sonde rectale introduite par l'anus. Suture des bouts afférent et efférent en canon de fusil par plusieurs points en U; fixation à la peau.

2^o Intervention le 27 novembre : ligature du méso. Section au thermocautère de l'anse après injection dans le méso de novocaïne. Evolution athermique. Ablation des fils le 8^e jour. Pose de l'entérotome le 15^e jour et le 34^e jour.

3^e opération le 12 janvier : cure extra-péritonéale de l'anus.

Suites éloignées : Revue en mars 1924, la malade a engraisé de 10 kgr. et le fonctionnement de son intestin est parfait.

OBSERVATION XXV

D^r Hertz

Femme de 40 ans, qui vient pour des douleurs abdominales peu intenses, mais continues, qui existent depuis l'enfance et coïncident avec des crises de constipation opiniâtre. Paroxysmes douloureux plus accentués à droite qu'à gauche. Pas de vomissements, mais état nauséeux avec maux de tête. A l'examen du ventre, douleurs dans la région appendiculaire, toucher vaginal et rectal négatifs.

1^{re} intervention le 20 février 1925. Incision médiane sous-ombilicale. On voit sortir du ventre une énorme anse sigmoïde qui a environ 80 cm. de long et le volume d'un gros bras d'adulte; paroi très épaisse méso-sigmoïdite. On enlève d'abord l'appendice, puis on fait une incision iliaque gauche pour extérioriser l'anse mégacolique, fixation en canon de fusil des deux bouts afférent et efférent, fixation au péritoine et à la peau.

2^e intervention : résection de l'anse, évolution athermique ; pose d'un entérotome le 8 mars.

3^e intervention : cure extra-péritonéale de l'anus.

OBSERVATION XXVI

(Inédite) D^r Thalheimer

K... Mohamed, 30 ans. Le malade entre à l'hôpital pour des coliques abdominales et se plaint surtout d'hémorroïdes. En l'interrogeant plus complètement, on apprend qu'il est constipé depuis fort longtemps et qu'il ne peut obtenir des selles tous les 2 ou 3 jours qu'au moyen de laxatifs et de lavements. Cette constipation s'accompagne de coliques particulièrement marquées dans la fosse iliaque droite, à tel point qu'on a déjà porté chez lui le diagnostic d'appendicite chronique. Pourtant les signes physiques que l'on trouve au niveau de cette région ne permettent pas de conclure à ce diagnostic et l'on demande un examen radioscopique du côlon.

Examen radioscopique : le lavement montre un mégadolicho-côlon sigmoïde, placé entièrement à droite. L'image du cæcum est cachée par le sigmoïde. La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse. Cœur et poumons normaux. Urée sanguine : 0,49 0/00.

Opération : 14 août 1928. Opérateur : D^r Thalheimer, Aides : MM. Bergouignan, de Cagny. Anesthésie : éther.

Diagnostic opératoire : mégacôlon sigmoïde.

Incision iliaque gauche. On tombe sur une 1^{re} boucle colique semblant correspondre à la 1^{re} partie du côlon sigmoïde. En descendant vers le rectum on voit qu'en réalité le côlon décrit une boucle prolongée jusque dans la fosse iliaque droite sous le cæcum ; boucle à laquelle adhère la portion terminale de l'iléon. Etant gêné par l'incision on referme et on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on voit l'anse sigmoïde complètement étalée sur la paroi pelvienne postérieure et recouverte par un voile péritonéal qui la masque, qui s'étend du rectum au cæcum et à l'iléon ; ce dernier adhère par son bord au côlon. Libération de l'iléon, mobilisation progressive de droite à gauche de l'anse sigmoïde, dont on respecte le méso. On extériorise alors l'anus, dont on accole par deux petits surjets les deux bouts en canon de fusil. Suture de la séreuse en péritoine pariétal. Fermeture de l'incision au-dessus et au-dessous à la soie.

Le 17 août : Ponction au thermocautère.

Le 29 août : Section au thermocautère de l'anse extériorisée. Hémostase du méso ; par précaution on fixe par quelques soies la paroi colique à la peau.

Le 3 décembre 1928 : Fermeture de l'anus. Essai de section de l'épe-

ron par l'entérotome qui ne donne que des résultats imparfaits, aussi fermeture interpéritonéale. On libère le pourtour de l'anus. Résection du tissu de cicatrice. Fermeture en 3 plans : 2 au catgut, 1 à la soie. Fermeture de la paroi à la soie, drain.

Suites opératoires : ablation du drain. Suites simples ; sort guéri le 10^e jour.

Ce malade revu le 22 janvier 1929 est en parfaite santé : selles régulières quotidiennes, bon appétit, légère augmentation de poids. Une rodioscopie montre une image colique normale.

Traitement du mégacôlon étendu à plusieurs segments coliques

Alors qu'à la fin du chapitre précédent nous pouvions vraiment conclure et retenir deux procédés de traitement excellent et l'un particulièrement sûr, il n'en sera pas de même ici où nous avons à étudier et à choisir le traitement chirurgical du mégacôlon étendu à plusieurs segments coliques.

Nous rapportons 8 observations où il a été pratiqué 5 interventions différentes avec 4 morts post-opératoires, une mort éloignée par tuberculose pulmonaire, un cas perdu de vue, 2 cas de guérison éloignée. Donc 50 % de mortalité immédiate, 25 % de guérison éloignée.

Ces quelques chiffres nous renseignent déjà sur l'imprécision de la méthode à employer sur la gravité des interventions, sur le peu de chance d'un succès éloigné.

Si nous étudions avec détail les observations, nous trouvons tout d'abord 4 cas où l'ectasie colique s'étendait à la fois à l'*anse pelvienne*, au *haut rectum*, au *côlon descendant*. Les 4 cas ont été traités par 4 méthodes différentes.

M. le Professeur Gosset (obs. n° 28) a traité son malade par la résection suivie de suture immédiate. Les suites opératoires ont été marquées par la formation d'un abcès stercoral et établissement d'une fistule qui très rapidement se cicatrisa d'elle-même. Les suites éloignées n'ont pas été excellentes; la constipation persista et nécessita l'usage de

laxatifs. Quatre ans plus tard le malade succomba à une tuberculose pulmonaire.

Okinczyc traite sa malade par une hémicolectomie gauche. Après décollement colo-épiploïque sur la moitié gauche du côlon transverse on mobilise celui-ci ainsi que l'angle splénique et le côlon descendant, puis on fait des ligatures étagées sur le mésocôlon ; on sectionne au thermocautère entre 2 pinces le côlon transverse et avant de sectionner le bout distal du mégacôlon, utilisant le poids même de l'anse à réséquer pour extérioriser le segment rectal on établit d'abord le plan séreux postérieur d'une entérorraphie circulaire transverso-rectale. Puis le premier plan établi, on fait la section définitive de l'anse et l'on termine la suture. On obtient ainsi des suites opératoires parfaites et des suites éloignées non moins bonnes puisque la malade revue plusieurs mois après a repris du poids, a des selles spontanées.

Navarro (observ. 29) a utilisé la simple anastomose iléo-sigmoïdienne, avec exclusion du gros intestin, mais sans aucune résection. Les suites immédiates ont été bonnes, mais il ne signale pas les résultats éloignés.

M. le Professeur Gosset a opéré un autre cas de mégacôlon sigmoïdien empiétant sur le rectum et le côlon descendant. Il s'agissait d'un jeune garçon très fatigué ; très intoxiqué par sa constipation chronique. Dans une première opération il tente une simple iléo-sigmoïdostomie sans exclusion.

Le résultat est insuffisant. Le malade continue à être constipé, à maigrir, à souffrir du ventre. Une radioscopie montre que le lavement bismuthé remplit le côlon toujours aussi long et distendu. Une deuxième intervention libère des adhérences, mais comme l'état du sujet continue à s'aggraver on se décide à pratiquer une colectomie totale. Cependant le malade trop fatigué ne peut supporter l'opération et meurt de péritonite diffuse lente.

Nous rapportons trois observations de mégacôlon où était

pris à la fois le *colon descendant* et le *côlon transverse* ; ces 3 cas ont été traités par trois méthodes différentes. Un cas (n° 31) qui appartient au D^r Lardennois a été traité par la colectomie totale suivie d'une iléo-rectostomie au bouton de Villard. Cette observation est particulièrement intéressante au point de vue clinique : en effet, le malade avait présenté une constipation depuis l'enfance, mais il venait consulter surtout pour des accès de dyspnée d'effort, accompagnée de ballonnement du ventre. A l'examen on était surpris de trouver une dextrocardie dont on eût l'explication à la radiographie. Un volumineux mégacôlon du côlon descendant et du côlon transverse et de tout l'angle splénique avait repoussé le cœur et l'avait fait pivoter autour des vaisseaux de la base comme axe, ce qui naturellement gênait son fonctionnement. Après un essai de traitement médical qui devait fatalement échouer étant donné la distension colique considérable on tenta le traitement chirurgical. Pour compenser la rupture d'équilibre que ne manquerait pas de causer la suppression brusque de ce mégacôlon ectasié, on fit après la colectomie totale un pansement avec gros paquetage ouaté. Les suites avaient été excellentes le premier jour, si bonnes même que le deuxième jour on supprima le pansement ouaté. Rapidement apparut un collapsus cardiaque auquel le malade succomba en quelques heures.

Le 2° cas (n° 32) appartient au Professeur Sencert. Appelé d'urgence, par M. Bar auprès d'une malade enceinte de 3 mois, qui était en occlusion il lui fit une coecostomie qui évacua une quantité énorme de gaz et de matières liquides. Quinze jours plus tard, les accidents d'occlusion ayant cessé une radiographie montra un mégacôlon du côlon transverse et du côlon descendant, ce qui confirmait le diagnostic suspecté la 1^{re} fois en se basant sur la constipation opiniâtre, sur les petites crises coliques précédentes suivies de débâcles de matières. Le Professeur Sencert jugea que la grossesse en évolution n'était pas une rai-

son de s'abstenir mais au contraire une indication à intervenir le plus tôt possible. Un mois après il pratiqua une hémicolectomie gauche avec entérorraphie immédiate du transverse dans le sigmoïde sous le couvert de l'anus cæcal. Les suites furent excellentes sans réaction péritonéale ni utérine. On ferma ensuite la fistule cæcale et la malade guérit parfaitement de tous ces troubles intestinaux en même temps qu'elle menait à bien sa grossesse.

Le 3^e cas (n° 33) du D^r Moreau, fut traité en un temps par une colectomie totale avec iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale. La mort se produisit le 3^e jour par embolie.

Nous n'avons retrouvé qu'un cas de mégacôlon subtotal, atteignant les *côlons pelviens descendant et transverse*. Le D^r Lapointe qui l'opérait, devant l'étendue des lésions, jugea plus prurent de faire une colectomie en deux temps et se contenta de pratiquer une iléo-sigmoïdostomie. A la fin de l'opération comme il craignait une plicature du côlon sigmoïdien et un mauvais fonctionnement de son anastomose il essaya de passer dans l'iléon un tube de Faucher introduit pas l'anus. Mais il ne put y parvenir et se contenta de suspendre la partie sigmoïdienne voisine de son anastomose, à la terminaison du méso-iléon. Ses appréhensions se réalisèrent et la malade mourut dans la soirée avec une distension considérable du ventre. Dans le chapitre précédent, nous avons déjà envisagé la cause probable de cette distension gazeuse rapide.

En résumé, nous voyons combien est embarrassante à traiter cette variété de mégacôlon. La colectomie totale en un temps a causé deux morts post-opératoires. L'iléo-sigmoïdostomie simple a été dans un cas insuffisante, obligeant à une colectomie totale ultérieure, dans un autre cas a déterminé la mort. Au contraire, on ne peut manquer d'être frappé des bons résultats immédiats et éloignés qu'ont donné les deux hémicolectomies gauches d'Okinczyk et de Sencert. Or, toutes deux ont été précédées d'un anus

cæcal pratiqué d'urgence pour une crise d'obstruction et laissée en place 3 mois pour le 1^{er} cas, 10 jours pour le 2°. Par cette cæcostomie était sorti beaucoup de gaz et un peu de matières si bien qu'au moment de l'opération d'une part l'infection chronique était sûrement atténuée d'autre part, les sutures colo-coliques n'ont pas été soumises à une distension exagérée. Là est peut-être la raison des suites opératoires parfaites qu'ont présentées deux malades. En effet, il est presque impossible de « refroidir » complètement ces mégacôlons étendus. Il est impossible d'arriver par des purgations ou des entéroclyses à vider ces sacs coliques de la stase fécale qui les encombre. Si, par l'anús cæcal on n'arrive pas à détourner entièrement le cours des matières on peut, tout au moins, supprimer la distension gazeuse qui paralyse l'intestin. Peut-être peut-on penser qu'une cæcostomie laissée en place plusieurs semaines aurait permis dans l'observation n° 31, d'obtenir un « dégonflement » du mégacôlon et une reposition ainsi progressive des organes refoulés et en particulier du cœur. Secondairement, on aurait fait une hémicolectomie gauche et puis on aurait fermé l'anús cæcal.

Pour conclure, il faut reconnaître que les mégacôlons étendus à plusieurs segments coliques sont particulièrement graves et que le procédé opératoire qui convient le mieux dans ces cas ne peut encore être affirmé avec certitude. Pourtant il nous semble qu'il soit particulièrement indiqué de fragmenter l'acte opératoire : *Un anus cæcal préalable est nécessaire* ; nous savons qu'il n'est pas capable de détourner complètement le cours des matières mais il est capable de supprimer la rétention gazeuse et permet de faire des lavages directs du côlon par des sondes enfoncées dans la cæcostomie.

On pratiquera le 2° temps après un délai variable suivant l'importance de la stase stercorale existant au début. Ce 2° temps consistera en une *hémicolectomie gauche* avec

anastomose de la partie droite du transverse dans le côlon sigmoïde par entérorraphie circulaire. Si le sigmoïde est aussi dilaté et qu'on préfère exécuter une iléo-rectostomie on pourra, avec avantage, utiliser le procédé que le Professeur Lecène avait indiqué et qu'Ockinzyc a suivi. Il consiste à commencer le surjet séro-séreux postérieur de l'entérorraphie avant de sectionner le sigmoïde. On extériorise ainsi beaucoup plus facilement la partie haute du rectum.

Enfin, dans un 3^e temps on fermera la cæcostomie. Nous pensons que par ce procédé on arrivera à diminuer beaucoup les risques de la colectomie ainsi qu'en font foi les deux beaux succès d'Ockinzyc et de Sencert.

OBSERVATION XXVII

MM. Michon et Okinczyc

Jeune femme de 23 ans, qui souffre de constipation opiniâtre depuis son enfance. Elle reste 5 à 6 jours sans aller à la selle et présente un développement anormal de l'abdomen. A 7 ans : 1^{re} crise d'obstruction intestinale qui dure 2 jours et qui cède à un curage digitale du rectum. A 19 ans nouvelle crise qui dure 17 jours : la veille d'une opération qui est décidée, débâcle intestinale spontanée et disparition du ballonnement abdominal qui avait été pris pour un kyste. A 23 ans, en octobre 1919 nouvelle crise de 3 semaines pour laquelle elle est transportée d'urgence dans le service de M. Michon à Beaujon. Ce dernier, étant donné l'état précaire de la malade, après une cœliotomie exploratrice se contente de faire une typhlostomie. Celle-ci donne issue à peu de matières mais à beaucoup de gaz ce qui fait cesser l'obstruction. La malade se remonte, une radiographie dessine le contour d'une anse pelvienne géante.

30 janvier 1920, opération d'Ockinzyc : anesthésie éther.

1) Fermeture temporaire avec un fil de soie de la fistule cæcale pour mise à l'abri du champ opératoire.

2) Excision de la cicatrice cutanée médiane et cœliotomie sus et sous-ombilicale. Quelques adhérences de l'épiploon à la paroi et aux annexes droites. Celles-ci sont modifiées dans leur forme par l'existence d'un volumineux hydrosalpinx adhérent à la face postérieure du ligament large et dans le Douglas. Castration unilatérale et péritonisation.

3) Extériorisation de l'anse pelvienne du côlon, géante, qui occupe tout l'abdomen. Ses parois sont hypertrophiées et sa cavité est occupée par un volumineux stercorome gros comme une orange et situé au niveau même du sommet de la flexure.

L'anse est libre et ne présente pas d'adhérences.

La dilatation et l'hypertrophie s'étendent assez loin de part et d'autre de l'anse, en aval jusqu'à la partie supérieure du rectum, ce qui rend de ce côté l'extériorisation assez difficile pour opérer sur paroi à peu près saine et normale ; et en amont sur le côlon descendant. La suture paraît devoir être tirillée, si la section porte sur les points marqués sur le rectum et sur le côlon descendant. Dans ces conditions, nous mobilisons le côlon descendant et nous constatons alors que la dilatation mégacolique s'étend au côlon descendant et même à une partie du côlon transverse. Il apparaît alors qu'un abaissement du côlon transverse au rectum facilitera la suture en assurant la résection de tout le segment modifié du côlon.

Nous pratiquons alors le décollement colo-épiploïque sur la moitié gauche du côlon transverse. Cette manœuvre, en libérant le côlon transverse, facilite en même temps l'abaissement de l'angle splénique.

Ligature étagée du mésocôlon dans toute l'étendue du côlon à réséquer. Section au thermocautère entre 2 pinces de Kocher du côlon transverse. Et alors, avant de pratiquer la section du bout distal, utilisant le poids même de l'anse à réséquer pour extérioriser le segment rectal sur lequel portera la suture, nous établissons tout d'abord le plan séro-séreux postérieur d'une entérorraphie circulaire. Ce premier plan établi, nous faisons la section définitive de l'anse. Coprostase ; plan total à la soie. Enfin, nous terminons par 2 plans antérieurs séro-séreux.

Reposition. Réunion des chefs de ligature des mésentères pour fermer la brèche mésocolique. Essuyage du péritoine à l'éther.

Enveloppement de la suture intestinale avec le grand épiploon. Suture de la paroi en 1 plan.

Guérison malgré quelques symptômes pulmonaires qui ne compromettent heureusement pas la guérison complète, puisque, revue ces derniers jours (avril 1920), la malade est tout à fait bien portante, a deux selles spontanées par jour et n'a plus eu recours, depuis son opération, à aucun adjuvant, ni laxatif, ni purgatif. Elle a repris du poids et se déclare tout à fait satisfaite.

OBSERVATION XXVIII

V... (Henri), 42 ans, entre dans le service envoyé par l'Hôpital Cochin (Service du Dr Oettinger), pour des phénomènes d'occlusion intestinale qui durent depuis 2 mois.

Ce malade a toujours été constipé (dès son enfance), restant parfois 8 jours sans aller à la selle. Il y a environ 15 ans, des périodes de constipation plus longues, sans douleurs, sans coliques, mais avec ballonnement du ventre, sont survenues. Elles se terminaient avec l'émission de nombreux gaz et de véritables débâcles de matières molles. Il y a 10 ans, des périodes de constipation de 40 jours n'étaient pas rares. Ces symptômes se sont accentués progressivement.

En 1916, V... était mobilisé au Maroc. Après 15 jours de constipation, il fut pris de phénomènes d'occlusion subaiguë, douleurs abdominales vives, avec mouvements péristaltiques dans la moitié gauche de l'abdomen, mais sans vomissements, sans altération de l'état général. Tout fut essayé, 16 purges dans une semaine, huile de ricin, calomel, rhubarbe, 2, 3 lavements tous les jours, sans aucun résultat ; puis le 30^e jour il commença d'évacuer quelques matières et d'un seul coup 2 kgs de fèces.

Au bout de 3 mois, toujours au régiment, nouvelle crise très douloureuse, survenue après un mois de constipation. Il est soigné à l'infirmerie militaire du Kreder, dans le Sud-Oranais et considéré par le médecin-major comme un simulateur. On l'emprisonne et on le surveille, il continue à avoir de l'appétit et à manger à tous les repas, toujours sans aller à la selle. La crise douloureuse se termine au bout de huit jours spontanément, avec l'émission d'abondantes matières fécales. Les selles furent envoyées au laboratoire à Oran, et leur examen ayant montré qu'elles étaient normales, V... fut relâché ; le médecin-major lui dit : « Faites ce que vous voulez dans le quartier, je ne m'occupe plus de vous ».

Pendant 2 ans, pas de nouvelles crises d'occlusion, seulement des périodes de constipation de 1 mois à 5 semaines.

Des crises d'occlusion se sont produites fin 1918, en 1919 et en 1920. Toutes ces crises ont lieu de la même façon dans le cours d'une période de constipation, surviennent des coliques débutant dans la fosse iliaque gauche et gagnant suivant le trajet du transverse la fosse iliaque droite. Un péristaltisme est visible dans toute cette région. Pas de nausées, pas de vomissements, appétit conservé ; de temps en temps, surtout lorsque le malade est couché, émission de gaz abondants et soulagement temporaire.



Fig. 11 (Obs. n° XXVIII, Henri V...). — Mégacolon sigmoïde réséqué

Il a été soigné en 1920 à l'hôpital Cochin, chez le D^r Oettinger, toutes les purges, tous les lavements ont été essayés sans succès, l'huile de paraffine n'a pas donné de grands résultats. Le régime végétarien a été suivi pendant 6 mois inutilement.

La dernière crise est celle qui l'a fait entrer à la Salpêtrière. Il n'était pas allé à la selle depuis le 6 novembre 1921, quand un mois après, le 6 décembre, il fut pris d'une crise douloureuse qui détermine son entrée à Cochin. A ce moment, distension abdominale progressive, avec arrêt complet des matières, et seulement passage de quelques gaz ; devant l'échec de toute thérapeutique le service médical de Cochin l'adresse le 26 janvier 1922 pour être opéré. A cette date, il n'y avait pas eu de selle depuis le 6 novembre.

Lorsqu'on découvre le drap on est surpris de voir un ventre énorme, qui donne l'impression d'une ascite, d'une trentaine de litres, chez un malade qui ne paraît pas trop fatigué, qui peut se lever, marcher, et qui a faim. La 1^{re} selle n'eut lieu que le 1^{er} février 1922 ; ce fut en plusieurs fois, une débâcle de 10 kgs de matières fécales ; elle continua les jours suivants, et le 3 février, il avait été rendu en tout 15 à 17 kgs de matières : la période de constipation avait duré 84 jours.

Par ailleurs, l'état général est assez bon, pas de troubles cardiaques, ni pulmonaires, tension artérielle 11,5/7,5 ; urée sanguine 0,30 pour 1000. Les urines sont peu abondantes, mais ne contiennent ni albumine, ni sucre. Pas de maladies antérieures, il y a 13 ans, et il a été opéré pour une fissure anale et réopéré il y a 11 ans.

Radiographie : montre une anse sigmoïde géante, remontant jusque sous le foie (fig. 12).

Opération le 1^{er} mars 1922.

Opérateur : D^r Gosset. Aides : Lœwy et Ecot. Anesthésie à l'éther : D^r Boureau 1 h. 4. Diagnostic opératoire : *Mégacôlon sigmoïde et descendant*. Intervention : Résection du côlon et suture bout à bout. Gros mégacôlon arrivant jusqu'au fond du Douglas, et à la partie supérieure, presque jusqu'à l'angle gauche. On résèque jusqu'à quelques centimètres au-dessus de la réflexion du Douglas. Pour la suture, on est un peu gêné par la différence de calibre entre le bout supérieur normal et le bout inférieur dilaté. Surjet à la soie. Fermeture de la paroi en étages à la soie ; sans drainage.

La pièce enlevée mesure 55 cm. de long. Diamètre proximal : 12 cm. Diamètre distal : 15 cm. Plus grande circonférence : 30 cm. Capacité 3 litres (sans distension).

Suites opératoires :

Assez bon état général pendant les trois premiers jours, puis nau-



FIG. 12 (Obs. n° XXVIII, Henri V...). — Mégacôlon Sigmoidien.

sées et vomissements. Il se forme à gauche de la ligne médiane, à la partie moyenne de la plaie opératoire, une tuméfaction indolente, qui paraît animée de mouvements péristaltiques. Le 8^e jour, hoquet persistant et vomissements de liquide jaunâtre, graisseux, semblant provenir de l'intestin grêle.

10 mars 1922, Dr Gosset : Incision d'un abcès stercoral bien localisé entre des anses adhérentes.

Amélioration rapide de l'état général. Rétablissement du passage des matières par l'anus le 17 mars (17 jours après l'intervention). Deux selles anales abondantes le 2 avril (32^e jour). Depuis le 8 avril, les matières passent uniquement par l'anus. Deux selles par jour matin et soir. Il persiste au centre de la cicatrice, une petite fistule qui donne issue à des gaz et à une sécrétion peu abondante. Augmentation de poids et reprise de forces.

Revu plusieurs fois, l'amélioration ne subsiste pas complètement. Il reste assez constipé et doit continuer l'usage de laxatif. Ayant recherché, en décembre 1928, ce qu'il était devenu, on apprend qu'il est mort en 1926, à l'Hôtel-Dieu, d'une pleurésie avec tuberculose pulmonaire. On ne peut savoir dans quel service il est mort et si l'autopsie a été pratiquée.

OBSERVATION XXIX

Dr Navarro

M. G..., 29 ans, homme toujours constipé, cette constipation s'est accentuée depuis 2 ans, les selles se produisant tous les 15 à 27 jours. Garçon maigre, au teint terreux, fatigué au moindre effort.

A l'examen : ventre distendu, surtout sur la ligne médiane. Au toucher : sphincter normal, ampoule un peu grande. Développement un peu exagéré de la 1^{re} valvule de Houston ; au-dessus il y a un énorme bol fécal que l'on extirpe, ce qui provoque une débâcle de plusieurs litres de matières dures et semi-liquides.

Intervention : 27 juin 1912. Incision médiane sous-ombilicale. L'anse dilatée est constituée par une partie du côlon descendant et le côlon iléo-pelvien. A remarquer que la vessie est très distendue. On pratique une exclusion du gros intestin par section du grêle à 20 cm. du cæcum. Fermeture en bourse des deux bouts. Implantation latéro-latérale de l'iléon sur la partie la plus basse possible de l'anse ectasiée.

Suites opératoires : normales.

Suites éloignées : le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION XXX

Pr Gosset (Irédite)

Le C... René, 16 ans.

Histoire clinique. Constipation opiniâtre, se prolongeant plusieurs jours, nécessitant laxatifs variés et nombreux et des régimes.

— Coliques dans le côté droit de l'abdomen.

— Intoxication stercorale :

Céphalée, violente.

Amaigrissement.

Perte de l'appétit.

Dyspepsie (lourdeur, tiraillement, aigreur).

Aucune amélioration par le traitement médical :

Laxatif.

Régime.

Repos.

Séjour à la campagne.

Douches glacées.

Le malade est adressé par le Dr Caillé au Pr Gosset, à la Salpêtrière.

A l'examen : malade très amaigri, ventre en bateau.

La percussion décèle un côlon très sonore ; pas de voussure particulière, ni de péristaltisme, rien au cœur et au poulmon.

La radio est pratiquée par M. le Dr Bécclère.

Après évacuation aussi parfaite que possible du gros intestin, il est administré, dans le décubitus abdominal, sous le contrôle radioscopique, un lavement d'un litre et demi au sulfate de barym gélatineux. Le lavement est donné sous faible pression ; le gros intestin se remplit sans provoquer la moindre souffrance, à tel point que le malade demande, le lavement terminé, si l'on ne va pas le lui donner bientôt. Il est administré alors une nouvelle quantité d'un litre ; le tout est très bien supporté, sans provoquer le moindre spasme. Il est pris un cliché. L'épreuve montre une dilatation régulière et considérable portant sur *tout le côlon droit*.

En résumé : atonie du côlon droit avec grosse distension segmentaire.

Examen pré-opératoire : rien au cœur, aux poulmons.

Urine : pas d'albumine, ni de sucre. Urée : 18 gr. 75 par litre.

Chlorures : 4 gr. 09.

Opération le 27 novembre 1920.

Opérateur : Pr Gosset. Aides : Masmonteil et Hertz. Anesthésie à l'éther : durée 32 minutes.

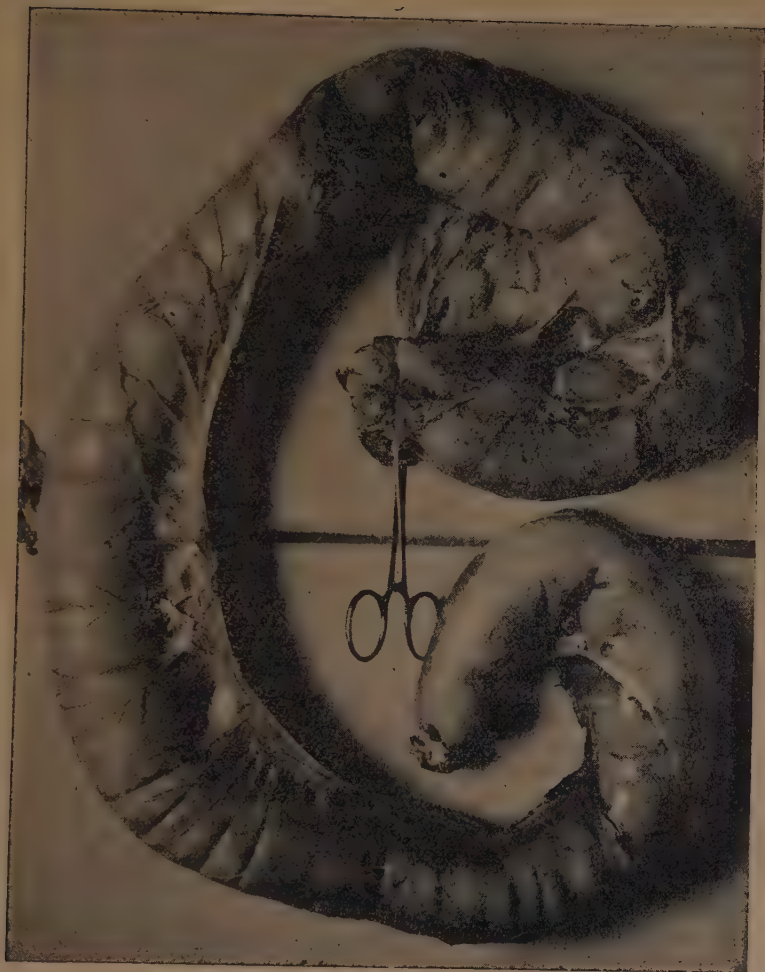


Fig. 43 (Obs. n° XXX M. Le G...): — Mégacôlon total

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On voit un cæcum très gros, portant un appendice également dilaté, double de la longueur normale. Pas de trace de péritonite ; coudure de l'angle droit du transverse. On fait d'abord une appendicectomie ; puis une iléo-sigmoïdectomie. Plus tard, si le malade n'est pas soulagé, on fera une résection. Fermeture de la paroi à la soie.

Suites opératoires : la température est à 38° le 1^{er} jour, le lendemain à 38°7 et à partir du 3^e jour demeure à 37°.

Mais au 6^e jour, le malade ne va à la selle qu'à l'aide de lavements.

Suites éloignées :

En janvier-février 1921 : la constipation demeure opiniâtre, nécessitant des lavements quotidiens ; douleur persistante dans le côté droit de l'abdomen ; amaigrissement, anorexie, 37 kgs.

Une nouvelle radioscopie montre que le lavement bismuthé remonte et remplit les côlons, mais l'anastomose iléo-sigmoïdienne se remplit très peu.

Nouvelle intervention le 14 février 1921.

Opérateur : Dr Gosset. Aides : M. Lœwy et de Fresquet. Anesthésie rachidienne à la seurocaïne : 8 centigrammes. Durée : 23'.

Laparotomie au niveau de l'ancienne cicatrice. On explore et on constate que l'anastomose entre le cæcum et l'S iliaque se présente dans de bonnes conditions. Mais tout l'angle droit est coudé, de telle sorte que le passage entre le cæcum et le côlon ascendant est très difficile. C'est pour cette raison qu'avait été faite l'anastomose et pour quoi le malade continue à maigrir. A la première opération, il y avait, au niveau du côlon ascendant, des traces inflammatoires très nettes qui, actuellement, ont disparu. On cherche à éviter toute résection du gros intestin et maintenant que l'inflammation a disparu, on libère la coudure de l'angle droit pour permettre le passage par en haut. On va regarder l'angle gauche, il n'y a aucun obstacle. On pense donc que cette libération de l'angle droit permettra à la circulation de se faire normalement. On referme la paroi à la soie.

Le 20 novembre 1923, le malade revient consulter ; aucune amélioration, mais au contraire, aggravation de son état.

Constipation opiniâtre se prolongeant 10 à 15 jours avec pourtant des émissions gazeuses après ces périodes de constipation, grâce à des lavements nombreux et particulièrement des lavements de bile, débâcle de diarrhée jaunâtre, mélangée à des matières dures que le malade émet au milieu d'efforts douloureux.

Douleur : sous forme de coliques.

Siégant au pourtour de l'ombilic.

Irradiant dans le dos et au creux épigastrique.

Survenant soit immédiatement, soit tardivement après les repas.

Amaigrissement considérable ; le malade est véritablement cachectique.

A la radio, le repas bismuthé parcourt le cadre colique passant très peu par la bouche anastomotique.

3^e opération le 10 décembre 1923.

Opérateur : Gosset. Aides : Charrier, Braine.

Anesthésie à l'éther : Dr Boureau, 37'.

On réincise au niveau de l'ancienne cicatrice. L'iléo-sigmoïdostomie se présente bien. Comme il y a de la stase intestinale, on fait la résection du côlon jusqu'à l'anastomose et l'on suture les deux bouts de l'intestin par des sujets à la soie. Fermeture de la paroi à la soie.

Examen histologique de la pièce (Ivan Bertrand).

Méga-dolichocôlon. Œdème de la sous-muqueuse, légère hypertrophie de la musculuse, pas d'inflammation (fig. n^o 13).

Suites opératoires : Alimentation impossible, le malade passant de la diarrhée incoercible au ballonnement du ventre dès qu'on le constipe. Mort de péritonite diffuse lente.

OBSERVATION XXXI

D^{rs} Carnot et Lardennois

M. F... Léon, 55 ans, cafetier, vient consulter à l'Hôpital Beaujon pour un ballonnement abdominal considérable et pour des accès de dyspnée consécutifs apparus depuis 15 ans environ. Dans sa jeunesse quelques crises de coliques accompagnées de débâcles diarrhéiques. Mais a toujours joui d'une excellente santé, a fait son service militaire pendant 4 ans, sans jamais avoir eu la moindre indisposition. A 40 ans, se plaint de dyspnée d'effort et de crises coliques répétées. Le premier accident important est une crise d'occlusion intestinale subite qui dure 12 jours et cède spontanément après force lavements et purgations. Mais depuis cette époque, à maintes reprises, des ébauches d'occlusions, avec ballonnement considérable du ventre que soulage le décubitus et particulièrement le décubitus droit.

A l'examen, homme amaigri, pâle, avec figure un peu bouffie. Ballonnement extrême du ventre particulièrement du côté gauche jusque sur les fausses côtes. Sous la paroi mince on aperçoit par moment de larges mouvements péristaltiques douloureux ; pas de douleur à la palpation de l'abdomen. A l'examen du thorax on constate un dépla-

cement des battements du cœur. On voit deux foyers de battements : un premier des 6^e et 7^e espaces en dehors de la ligne mamelonnaire droite, un second dans les 3^e et 4^e espaces en dedans du mamelon. Espace de Traube très sonore.

Examen radioscopique : Le malade debout, sans préparation, on constate dans l'abdomen l'existence d'une image claire qui remplit toute la partie gauche du ventre, atteignant la ligne médiane et en haut refoulant le diaphragme dont on voit se dessiner le point culminant de la coupole au niveau du 3^e espace intercostal. Tous les autres organes sont refoulés par cette distension gazeuse considérable de l'angle colique gauche. Le cœur apparaît reporté en totalité dans l'hémithorax droit, comme s'il avait pivoté autour de ces vaisseaux de base comme axe. Le foie est abaissé, rejeté dans l'hypocondre droit ; la rate projette son ombre près de la ligne médiane. L'estomac rempli de baryte est refoulé dans la partie droite de l'abdomen. Après lavement bismuthé, on constate la distension énorme du côlon descendant et transverse.

On essaye d'abord le traitement médical : massage, lavement électrique, grands lavements. On cherche à évacuer le gaz du côlon au moyen d'une grande sonde introduite par l'anus. Mais aucune amélioration et l'on se décide au traitement chirurgical.

Intervention le 23 avril 1920. — Dr Lardennois. Rachianesthésie.

Incision sus et sous-ombilicale. Distension énorme du côlon depuis l'angle hépatique jusqu'au sigmoïde. Le côlon distendu, s'est légèrement tordu sur lui-même. Le segment sigmoïdo-rectal présente un épaississement très marqué sur 6 à 7 cm. Colectomie totale avec implantation de l'iléon sur le rectum par un bouton de Villard. Durée 1 h. 50.

Pansement avec gros paquetage ouaté, pour assurer une compression permanente remplaçant partiellement le mégacôlon.

Suites opératoires : Le lendemain, pouls à 110, température 37°5, pas de symptômes de Shock. Le 2^e jour, le pansement ouaté est enlevé. Rapidement surviennent de la dyspnée, des sueurs, des faux-pas cardiaques, de la toux et le malade succombe brusquement de collapsus cardiaque.

Pas d'autopsie : Examen de la pièce : longueur du côlon 1 m. 47 ; circonférence : 47 cm. ; épaississement très marqué de la paroi colique.

— III —

OBSERVATION XXXII

D^r Sencert

Mme V..., 38 ans, présente depuis l'enfance une constipation opiniâtre. Depuis 1900, elle se plaint de plusieurs crises de coliques abdominales avec maximum douloureux dans la fosse iliaque droite, succédant à des périodes de constipation absolue et accompagnées de céphalée. Ces crises qui se terminent par des débâcles de matières augmentent d'intensité et de fréquence. Elle a successivement, en 1905-1907 et 1917 trois grossesses normales. En mai 1921, au 3^e mois de la 4^e grossesse, elle est prise d'une crise d'obstruction intestinale qui, après un début insidieux, aboutit en 3 jours au syndrome d'occlusion complète. Le Professeur Bard pense, étant donné les antécédents, à un mégacôlon et appelle auprès de la malade le Professeur Sencert.

Le 19 mai 1921, cœcostomie d'urgence. Evacuation d'une quantité énorme de gaz et de matière liquide qui amène une amélioration rapide et complète.

Le 29 mai 1921, on peut pratiquer une radiographie qui montre une dilatation considérable du *côlon transverse* et du *côlon descendant*. Le D. de mégacôlon est confirmé. On propose à la malade une colectomie considérant que la grossesse est une indication supplémentaire à intervenir.

Le 20 juin 1921, incision médiane sous-ombilicale. Résection du côlon sigmoïde descendant et transverse avec anastomose bout à bout de l'ascendant mobilisé et du côlon pelvien, fermeture sans drainage en 3 plans.

Suites opératoires simples, gaz le 2^e jour, selle par la fistule cœcale le 4^e jour. Aucune réaction péritonéale ni utérine. Le 4 juillet, à l'anesthésie locale, fermeture de la fistule cœcale.

Au mois d'août : disparition des migraines, des troubles intestinaux.

En novembre, accouchement normal, d'un enfant normal. Depuis, l'état de la malade continue à être excellent.

Suites immédiates et éloignées excellentes.

OBSERVATION XXXIII

L. Moreau (d'Avignon)

Enfant de 13 ans, plutôt malingre, chétif, d'aspect rachitique, porteur d'un ventre énorme. L'abdomen a toujours été volumineux depuis la naissance et augmente progressivement. Divers médecins con-

sultés pensent à une péritonite chronique, à du carreau, à une hypertrophie de la rate. Puis apparaissent des crises d'occlusion passagère avec ballonnement encore plus considérable, colique violente, vomissements. Ces crises qui se répétaient de plus en plus fréquemment duraient plusieurs heures, et ne cessaient qu'au moment où des lavements abondants réussissaient à évacuer l'intestin de ces matières et de ces gaz.

Radioscopie : Un premier examen, sans préparation, montre un abdomen lumineux dans toute sa moitié supérieure au-dessus de la ligne bi-iliaque, sur cette plage claire se détachaient les valvules du côlon, larges, souvent bifurquées. Dans le flanc droit, sus-jacent à une énorme poche d'air, qui nous paraît être le côlon ascendant, un niveau mobile indiquait la présence d'un liquide très abondant. Rate et foie refoulés sur le diaphragme, réduite à une ombre mince. Le cœur soulevé, étalé est presque horizontal « en sabot ». L'estomac dessiné par une potion au bismuth est petit, suspendu verticalement au milieu de la clarté colique.

Après lavement bismuthé, on voit se dessiner un côlon iléo-pelvien de calibre sensiblement normal, puis allait se collecter sur le diaphragme gauche en un amas volumineux représentant le coude colique gauche et une partie du côlon descendant.

Le lavement bismuthé provoque une crise d'occlusion avec arrêt des gaz, vomissements, contractions péristaltiques visibles dans la moitié droite du ventre ; coliques douloureuses, bruits hydro-aériques.

Intervention quelques jours plus tard. Anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane de l'appendice xyphoïde au pubis : cæcum et côlon ascendant un peu plus volumineux que la normale. *Mégacôlon du côlon transverse et du côlon descendant* ; côlon iléo-pelvien normal.

Colectomie totale avec anastomose iléo-sigmoïdienne latéro-latérale. Tube de Faucher qu'on introduit pas l'anus et que l'on fait passer dans l'iléon.

Suites opératoires :

Shock post-opératoire, nuit agitée.

2^e jour : pouls à 100, pas de température ; émission de quelques gaz ; langue humide.

3^e jour : Mort par embolie.

OBSERVATION XXXIV

D^r Lapointe

Jeune femme de 25 ans, début depuis la naissance, le volume du ventre de l'enfant avait même fait croire à une perforation de l'anus,

Depuis toujours constipation, augmentant progressivement et arrivant à durer de 15 jours à 1 mois, s'accompagnant alors d'anorexie, de vomissements bilieux. A l'examen, on constate une distension monstreuse du ventre, distance pubis et xyphoïde 40 cm. Tour de taille 140 cm. Sous la paroi abdominale tendue on aperçoit deux énormes bosselures obliques de l'hémithorax gauche vers la fosse iliaque droite. Elles sont sonores se contractant et se durcissant pendant la percussion. Le toucher rectal est négatif : le doigt pénètre dans une ampoule vide, aucune sténose, aucune contracture appréciable.

Etat général à part la maigreur satisfaisant.

La radiographie après lavement opaque montre une ampoule rectale, de calibre à peu près normal, se continuant par un segment recto-sigmoïde non distendu, il vient s'implanter dans une sorte d'outre qui, se moulant sur chaque fosse iliaque, plonge dans le bassin en recouvrant l'ombre de la fin du sigmoïde.

Opération novembre 1924 : on constate l'existence d'un mégacôlon subtotal frappant le côlon pelvien descendant et la 1/2 gauche du transverse. Pour atténuer les risques on décide de faire une colectomie intra-péritonéale en 2 temps et l'on exécute le 1^{er} temps iléo-sigmoïdostomie, implantation de l'iléon dans le segment non distendu de l'anse sigmoïde on essaye de mettre en place un tube de Faucher dans l'anastomose iléale, échec de la tentative. On rentre dans l'abdomen une énorme poche colique et pour l'empêcher d'écraser l'anastomose on suture la fin du méso-iléal au bord gauche du segment colo-rectal, au-dessous de l'anastomose.

Suites opératoires : le soir de l'opération, distension gazeuse considérable qui étouffa littéralement la malade malgré une fistule pratiquée d'urgence au point culminant de la poche.

Traitement du mégacôlon généralisé

Le mégacôlon généralisé à tout le cadre colique est assez rare. Sur nos 63 cas nous le retrouvons que 3 fois signalé. Ces 3 cas ont été traités deux fois par l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion, 1 fois par la colectomie totale en 2 temps. Le meilleur résultat a été obtenu dans le cas de Navarro (obs. n° 36) qui a employé l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion colique. Il s'agissait d'un jeune garçon de 15 ans qui revu 8 ans après l'intervention présentait un état de santé parfait, sans constipation, ni colique, ni ballonnement du ventre et chez lequel la radiographie montra un bon fonctionnement de l'anastomose et une exclusion complète du côlon.

Un deuxième cas de Navarro est moins heureux puisqu'il s'est terminé par une mort post-opératoire. Il est vrai que l'iléo-sigmoïdostomie avait été précédée d'une colotomie pour extraire un fécalome et que la colotomie est toujours très grave étant donné l'impossibilité de faire une suture correcte sur ces parois intestinales, cartonnées, œdématisées, enflammées.

Le troisième cas appartient au Docteur Monod. D'urgence, chez une jeune femme qui avait déjà présenté des crises d'obstruction, il doit faire pour une crise plus prononcée une iléo-sigmoïdostomie basse. Mais cette opération, qui avait fait cesser les phénomènes occlusifs sans détourner complètement le cours des matières ne fut pas capable d'amener une guérison définitive. Au bout d'un an, les troubles réapparaissent et une colectomie totale fut fai-

te. L'amélioration ne fut encore que temporaire et le Docteur Monod dut intervenir une troisième fois et faire une gastro-entérostomie pour une sténose pylorique résultant d'une symphyse hépatopariétale.

Cette observation est particulièrement intéressante pour plusieurs raisons :

1° Elle montre l'insuffisance de l'iléo-sigmoïdostomie simple sans exclusion. La dérivation n'est jamais complète et les matières ne tardent pas à repasser dans le côlon ectasié, à y stagner et à y déterminer les mêmes troubles qu'avant l'intervention.

2° Elle indique une complication possible après la colectomie totale, c'est la torsion de l'anastomose iléo-sigmoïdienne. En effet, à la troisième intervention, M. Monod constate l'existence d'une torsion incomplète de son anastomose et il dut la fixer à la paroi postérieure à gauche de la ligne médiane. Mieux vaudrait prévenir cette complication et après la colectomie faire systématiquement cette fixation par quelques points à la soie.

3° Elle montre une prédisposition particulière à la formation de péritonite plastique puisque l'opérateur dut, à la troisième opération, libérer de nombreuses anses grêles et surtout une véritable symphyse hépato-pariétale qui comprimait le duodénum et le pylore. Cette péritonite plastique ne peut être expliquée uniquement par les opérations antérieures que le malade avait dû subir et M. Monod s'est demandé s'il ne s'agissait pas de tuberculose péritonéale commençante. En effet, ayant remarqué la présence de nombreux ganglions mésentériques, il en a prélevé un, pour examen histologique. Cet examen confirma son impression en montrant des lésions nettement bacillaires. La bacilliose est-elle à l'origine de ce mégacôlon ou bien plutôt vient-elle compliquer l'évolution de l'ectasie colique ? Nous pencherons volontiers pour cette dernière explication. La tuberculose, comme nous y insisterons plus loin, est, en

effet, très fréquente chez ces malades qui, affaiblis, amaigris, sans force, intoxiqués chroniquement, sont particulièrement aptes à contracter cette affection. Il s'agit presque toujours de bacillose pulmonaire qui évolue vite, mais rien n'empêche qu'il se produise une localisation péritonéale.

4° Enfin, cette observation de M. R. Monod présente un autre point très intéressant. Sa malade a subi d'abord une iléo-sigmoïdostomie, puis une colectomie totale.

Après cette deuxième opération, elle avait regagné le Maroc, où elle habitait. Mais comme, au bout d'un an, des troubles gastriques apparaissaient, elle revint à Paris, où elle est radiographiée à l'insu de M. Monod. Le radiographe, qui ignorait qu'une résection complète du côlon avait été faite et pensait, d'après le récit de la malade, qu'on avait pratiqué seulement une iléo-sigmoïdostomie, voulut examiner le côlon par un lavement bismuthé. Il s'étonna de ne point trouver d'anastomose, mais il décrivit le trajet du lavement barythé comme se faisant dans un côlon normal dessinant successivement le rectum, le côlon sigmoïde, le côlon ascendant, et s'arrêtant à l'angle splénique. Toute cette partie du gros intestin était énormément dilatée et contenait jusqu'à 2 litres de liquide. Il s'agissait donc d'une colisation du grêle si complète que radiographiquement on pouvait s'y tromper.

Cette colisation est bien connue depuis les travaux de M. P. Duval, J. Charles Roux, en 1923, et les recherches expérimentales de Weiss et Porcher en 1924 et 1925. Après suppression chirurgicale du réservoir colique, en partie ou en totalité, une dilatation compensatrice, physiologique, se produit, soit sur le segment colique restant, soit sur le segment grêle terminal quand la colectomie est totale. Cette règle, que Robineau et Lafitte avaient misé en doute par l'observation de 28 iléo-colostomies après hémicolectomie droite, a été trouvée entièrement vérifiée dans nos dif-

férentes observations où la radiographie a été pratiquée quelque temps après l'opération. Dans le cas de M. Monod, la colisation est si marquée que le radiographe l'a décrite comme étant un véritable côlon. Dans l'observation n° 11 de MM. Bensaude et Gosset où il avait été fait une iléo-sigmoïdostomie avec exclusion, et où le côlon était parfaitement exclu, on constate une « accumulation de bismuth dans le grêle, qui se comporte comme un segment du gros intestin ». Dans l'observation de Navarro (obs. 36), où la même opération avait été faite et le côlon complètement exclu, « la terminaison du grêle était dilatée en entonnoir évasé en haut ». Ainsi se trouve confirmée la règle énoncée par P. Duval, J. Charles Roux et Weiss.

Ces 3 observations de mégacôlon total traité chirurgicalement sont intéressantes par plusieurs points, mais nous permettent difficilement de préciser avec certitude un traitement de choix. L'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion a donné à Navarro un très beau succès, mais il ne nous paraît pas très indiqué de laisser dans l'abdomen l'énorme poche que constitue l'ensemble des côlons ectasiés. En tous cas, si l'on accepte cette solution, nous répèterons ce que nous avons déjà dit à propos du traitement du mégacôlon sigmoïdien qu'il faut avoir soin de faire l'anastomose très bas sur le sigmoïde, presque sur le rectum, pour éviter la plicature recto-sigmoïdienne. Il faudra toujours avoir soin, en terminant, de glisser dans l'anastomose une sonde rectale pour éviter l'écrasement de la bouche iléo-colique par l'anse pelvienne distendue.

La colectomie est évidemment plus satisfaisante, surtout la colectomie qui rétablirait la continuité intestinale par une suture iléo-sigmoïdienne bout à bout, plus physiologique, moins sujette à des dilatations secondaires des cul-de-sac. Mais pour cela, il faudrait faire une colectomie totale en un temps, opération qui nous paraît bien choquante, chez un sujet déjà affaibli et intoxiqué.

Dans ces cas de mégacôlon total, la prudence est peut-être de fractionner là encore les temps opératoires. On pourrait commencer par une iléo-sigmoïdostomie avec exclusion. Si, dans les mois qui suivent, il n'y a pas d'amélioration, on compléterait la première intervention par une colectomie totale. Telles sont les conclusions qui nous semblent se dégager des observations que nous avons pu réunir.

OBSERVATION XXXV

D^r Monod (inédite)

Mme S... 29 ans, espagnole habitant le Maroc souffre depuis l'enfance de constipation. On note dans ses antécédents une fièvre typhoïde, suivie d'une crise de neurasthénie à 15 ans et demi. Mariée à 16 ans, 2^e crise de neurasthénie au cours de sa première grossesse ; jusqu'à 22 ans santé précaire, mais pas de troubles fonctionnels. Il y a 5 ans, douleur abdominale droite, attribuée à un rein flottant. En 1919, il y a trois ans le ventre commence à grossir, d'abord du côté droit, gonflement accompagné de crises douloureuses. En juin 1922, le ballonnement se généralise à tout l'abdomen et, à cette époque se produisit une première crise d'obstruction : ballonnement du ventre, vomissements, arrêt des matières. Elle est admise dans une clinique à Malaga où l'on diagnostique un cancer de l'estomac et où elle séjourne un mois. En août 1922, la distension du ventre augmente et elle va à Gibraltar où elle est opérée (ablation de brides, suppression d'adhérences ?) 4 jours après, les douleurs réapparaissent, mais le ventre reste plat pendant 2 mois, puis le gonflement de l'abdomen recommence jusqu'à atteindre des proportions considérables. Nouvelle consultation à Gibraltar où l'on conseille une intervention pour une sténose gastrique. Elle se décide alors à venir à Paris. Elle consulte le docteur Enriquez, qui conclut à une obstruction intestinale et conseille de tenter un examen radioscopique.

L'examen radioscopique montre l'existence d'un mégacôlon, le lendemain les signes d'obstruction s'accroissent.

Le ventre énorme est tendu à éclater, et le docteur Monod est appelé d'urgence en consultation le dimanche matin 17 septembre 1922.

Malade pâle, amaigrie, de constitution malingre, le ventre énorme est celui d'une femme enceinte à terme.

1^{re} intervention : le lendemain matin le docteur Monod trouve un mégacôlon total, uniformément dilaté, sans rétrécissement des coudures et il pratique une iléosigmoïdostomie basse.

Cette intervention est suivie d'un aplatissement du ventre, de la suppression des douleurs et la malade repart très améliorée pour le Maroc en mars 1923.

En mai, le gonflement du ventre recommence, la malade revient en France. Le ventre très distendu est presque aussi volumineux que la première fois. La malade consulte le docteur J. Charles Roux qui confirme la proposition du docteur Monod de pratiquer une colectomie totale.

2^e intervention : en novembre 1923, on trouve des lésions très accentuées de péritonite plastique, disséminées tout le long du gros intestin, l'anse sigmoïde est tordue sur elle-même au-dessus de l'anastomose. On pratique une colectomie totale (du cæcum au niveau de l'anastomose sur l'anse sigmoïde, le gros intestin réséqué mesure 2 m. 32, lésions de mésentérite rétractile très accentuées avec brides multiples, coudant ou comprimant en de multiples points les différents segments du gros intestin).

L'opération pratiquée avec une anesthésie rachidienne à la novocaïne fut parfaitement supportée. Suites excellentes, le ventre est plat et non douloureux et la malade se disant complètement guérie repart pour le Maroc au début de janvier 1924.

Au mois d'avril surviennent des crises douloureuses localisées à l'estomac, accompagnées de vomissements rendant l'alimentation très difficile. Cet état persiste avec des accalmies et des aggravations en 1925 et 1926.

En août 1926, la malade revient en France et le 25 août 1926 un examen radiologique du tube digestif est pratiqué par le Dr Darbois qui, ignorant que l'on a fait une colectomie totale à la malade, constate une telle colisation du grêle qu'il décrit le trajet du lavement barythé comme se faisant dans un côlon normal « le lavement barythé « progresse rapidement et sans arrêt dans le rectum, l'anse sigmoïde, « le côlon ascendant et s'arrête au niveau de l'angle splénique du « côlon. Toute la partie du gros intestin injectée présente une énorme dilatation correspondant à 2 litres de liquide, il n'y a aucune « communication radiologiquement visible entre l'iléon et l'anse sigmoïde. L'estomac mis en évidence par une potion barytée se remplit « en un seul temps, il est un peu étiré longitudinalement. Il est fonctionnellement fermé par la compression gazeuse qui exerce sur le « duodénum l'angle sous-hépatique du côlon dilaté par des gaz. Si

« on refoule vers la droite cet angle sous-hépatique on libère le duodénum et on obtient un fonctionnement pylorique momentanément correct.

« Conclusions de l'examen radioscopique : méga-sigmoïde et méga-côlon, arrêt du lavement barythé au niveau de l'angle splénique du côlon, probablement par une bride ou une coudure. La bouche artificielle iléo-sigmoïdale n'a pas fonctionné pendant l'examen radiologique. Estomac atone dont l'évacuation est fonctionnellement gênée par l'aérocolie. »

Au début de septembre 1926, le docteur Monod est appelé auprès de cette malade qui est en traitement, depuis plusieurs semaines dans une clinique de Bellevue en raison de son état de dépression mentale. Elle refuse toute nourriture, vomit tout ce qu'elle prend, ne garde même plus les liquides. En réalité il s'agit d'une sténose très serrée du pylore qui est confirmée par une nouvelle radiographie mais l'état est si précaire que toute intervention paraît impraticable. La malade est soumise au traitement des lavages d'estomac suivis d'introduction de lait et soutenue avec des injections de sérum. Le 14 septembre sur les instances de la famille, le docteur Monod se décide à intervenir pour la 3^e fois.

3^e intervention : 1^o libération de nombreuses anses grêles adhérentes à la paroi.

2^o Un volvulus au voisinage de l'anastomose par torsion du recto-sigmoïde est détordu et le recto-sigmoïde est fixé à la paroi postérieure à gauche de la ligne médiane.

3^o Il existe, en outre, une symphyse duodéno-hépatopariétale très accentuée, comprimant le duodénum. Libération des nombreuses adhérences et gastro-entérostomie.

Les suites furent excellentes. La malade put s'alimenter presque immédiatement après. L'amélioration persiste un mois après, si bien que la malade put repartir pour le Maroc. Depuis cette date, elle a été perdue de vue.

Un ganglion mésentérique, prélevé au cours de l'intervention, a montré qu'il s'agissait d'une adénite tuberculeuse (quelques follicules, nombreuses cellules géantes et épithélioïdes).

OBSERVATION XXXVI

D^r Navarro

José R..., 15 ans, garçon petit, maigre, au teint terreux, à l'état général mauvais. Constipé depuis toujours. La constipation s'est par-

ticulièrement accentuée depuis 2 ans (1902) et malgré les purges, le malade passe jusqu'à 2 semaines sans aller à la garde-robe.

A l'examen : ventre énorme sous la paroi duquel on voit se dessiner deux anses de la grosseur d'un gros bras d'adulte montant de la cavité pelvienne vers le thorax et dans le flanc droit. Au toucher rectal pas de contracture du sphincter ; l'ampoule rectale est remplie par un bol fécal extrêmement dur. Après extirpation de ces matières fécales durcies, après plusieurs jours de lavement huileux et de purgatifs d'huile de ricin, on pratique l'intervention.

Opération le 24 mai 1904 : Anesthésie au chloroforme ; incision médiane sous-ombilicale. On trouve un *mégacôlon généralisé*, allant de la valvule de Bauhin au plancher pelvien. On fait une exclusion de l'intestin après section du grêle à 15 cm. du cæcum et enfouissement des deux bouts ; puis une implantation latéro-latérale de l'anse iléale dans l'anse ectasiée.

Suites opératoires : Absolument normales.

Suites éloignées : Le 27 octobre 1912, 8 ans et demi après l'opération, le malade est revu. C'est un garçon bien développé, solide, qui n'a jamais souffert du ventre depuis l'opération ; une selle naturelle tous les jours ; un abdomen normal.

A l'examen radiographique, on voit une anse dilatée qui s'évase par en haut en véritable entonnoir, puis on suit nettement l'anse grêle anastomosée ; elle présente une petite poche horizontale à l'endroit où elle se greffe sur l'anse pelvienne. A travers la bouche anastomotique, on voit passer le bismuth qui ne passe pas dans le gros intestin. Ainsi donc, il paraît bien que le gros intestin exclus est définitivement atrophié.

OBSERVATION XXXVII

D^r Navarro

Homme de 55 ans, ayant présenté une constipation opiniâtre, qui s'accroît depuis l'âge de 40 ans. Il y a 2 ans, rétention des matières pendant 10 jours, avec ballonnement du ventre très prononcé. On finit par vider le rectum par extraction manuelle.

Le 18 novembre 1912, nouvelle crise avec vomissements ; grand ballonnement, menace d'occlusion. A l'examen, ventre très distendu. Au toucher : sphincter normal, ampoule normale, très haut dans le rectum on sent un pli muqueux et au-dessus une masse résistante.

Opération le 19 novembre 1912 : incision médiane ; on voit le mégacôlon qui est formé par le cæcum et tout le côlon, sauf le côlon pel-

vien. Il y a 3 dilatations remplies de matières, la dernière plus grande que les autres et se termine en bas par un repli très prononcé qui correspond au repli valvulaire qu'on sent au toucher. On essaye en vain de vider le côlon en poussant les matières dans le rectum et l'on fait une colotomie pour évacuer l'intestin, puis une iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du gros intestin, en plus on fait un anus cæcal pour pouvoir laver l'anse incomplètement vidée.

Suites post-opératoires : Mort de péritonite généralisée le 4^e jour.

Traitement du mégacôlon en période d'obstruction

Les accidents d'occlusion sont très fréquents au cours de l'évolution du mégacôlon. Dans ce chapitre, nous ne voulons pas envisager les cas de volvulus qui se traduisent généralement par des coliques douloureuses, d'ordinaire assez violentes, accompagnées d'un arrêt des matières et des gaz rapidement absolu. Nous avons en vue les troubles d'obstruction résultant d'une accumulation de matières durcies, avec rétention gazeuse plus ou moins complète. Le début est marqué par la constipation habituelle, mais qui, cette fois, ne cède à aucun des moyens médicamenteux dont le malade se sert d'ordinaire. Au bout d'un temps variable, suivant le degré de l'obstruction, les signes d'intoxication stercorémiques apparaissent : nausées, céphalée, langue saburrale, anorexie, mauvais état général. En même temps, le ventre se ballonne, des contractions péristaltiques douloureuses peuvent se rencontrer si ceux dont le malade se sert d'ordinaire. Au bout d'un gaz passaient, puis progressivement l'obstruction se complète et devient de l'occlusion. Dans pareil cas, que faut-il faire ?

Dans certains cas, le toucher rectal fait systématiquement dans tous les cas d'obstruction permet de sentir un stercorome occupant l'ampoule rectale ou accessible à bout de doigt en relevant la valvule qui fait obstacle. Dans ces conditions, le mieux est d'intervenir par la voie anale dila-

tée, de fragmenter le fécalome soit directement, soit avec l'aide d'un rectoscope. Nous avons lu plusieurs observations de ce genre. Nous en rapportons une (n° 44) où un adolescent de 15 ans, par deux fois en obstruction, fut guéri grâce à l'extraction d'un volumineux fécalome d'abord par M. Veau, puis un an plus tard par M. Morestin. Quand la stase fécale fut évacuée le plus complètement possible, M. Morestin traita le mégacôlon par une anastomose iléo-rectale avec exclusion unilatérale.

Dans les cas d'obstruction par des fécalomes inaccessibles par l'anus, les premiers opérateurs employaient volontiers la colotomie. On ouvrait le sac colique, on extirpait un ou plusieurs stercoromes volumineux, et l'on suturait l'anse intestinale. Cette opération est extrêmement grave à cause du temps septique qu'elle comporte, et surtout à cause de la précarité des sutures sur ces mégacôlons aux parois à la fois dures et friables. Il en résultait le plus souvent des désastres opératoires. Nous n'en rapportons qu'un cas (n° 39), d'ailleurs déjà ancien, où la mort ne tarda pas à survenir par péritonite.

Dans un cas qui appartient à M. Delbet (n° 42), la laparotomie permit de se rendre compte que l'S iliaque ne s'évacuait pas à cause de la plicature recto-sigmoïde. Il se contenta de redresser l'anse, de la vider dans le rectum et pour empêcher les accidents de se reproduire fit une colopexie. L'obstruction a été ainsi levée, mais, d'après ce que nous savons des résultats éloignés des pexies, nous ne pensons pas que ce malade ait obtenu par cette intervention une guérison durable.

Pauchet, dans un cas (n° 38), ayant fait une laparotomie, reconnut que l'obstruction siégeait dans un mégacôlon sigmoïde. Il en fit l'extériorisation, puis la résection immédiate pour supprimer rapidement l'obstacle ; et deux mois après ferma l'anus. Par ce procédé, il avait à la fois levé l'occlusion et guérit le malade de son mégacôlon.

Le plus souvent, les chirurgiens, en présence de ces obstructions lentes, se sont contentés de faire un anus contre-nature. Cerné fait son anus sur l'anse ectasiée, mais celui-ci ne donne à peu près rien et le malade mourut rapidement. L'autopsie lui en fournit l'explication : le mégacôlon iliaque était rempli de matières dures et de calculs stercoraux gros comme des œufs. Rien n'avait pu sortir par la colostomie même pas les gaz. L'anus cæcal, au contraire, donne toujours de très bons résultats. Dans 5 cas, les phénomènes d'obstruction disparaissent rapidement et le malade ultérieurement put subir l'opération curative du mégacôlon. Dans un cas, Labey fit une appendicostomie avec le même succès. Et pourtant par ces anus cæcaux, comme par cette appendicostomie ne sortait que très peu de matières. Mais les gaz, sous tension qui, en distendant le côlon exagèrent les plicatures et par ce fait l'occlusion valvulaire avaient pu être évacués abondamment. L'anus cæcal agit dans ces obstructions comme, dans le cas de Lecène, l'anus fait par erreur, sur un mégacôlon tordu. En évacuant les gaz il supprime la distension et permet ainsi une certaine perméabilité à la lumière intestinale partiellement oblitérée par un *volvulus incomplet*,

Il existe donc un certain nombre de moyens pour combattre l'obstruction dans le mégacôlon ; lequel emploierons-nous ?

Mis à part, les cas où le toucher nous permettra immédiatement de sentir un volumineux stercorome rectal ou recto-sigmoïdien que nous fragmenterons par voie anale, les indications changeront avec les renseignements que nous pourrons avoir sur l'affection en cause.

Si le mégacôlon a été reconnu avant l'obstruction, diagnostiqué par la radiographie, mais non encore opéré soit parce qu'on essaye le traitement médical, soit parce que le malade jusque là refusait une intervention, la conduite à tenir s'éclaire beaucoup. Le mégacôlon était-il sigmoïdien ? Il faut intervenir par une laparotomie média-

ne. On pourra ainsi reconnaître s'il ne s'agit pas d'une crise de volvulus incomplet, crise très fréquente avant le volvulus serré. Mais surtout l'on pourra appliquer le traitement radical et de l'obstruction et du mégacôlon : l'extériorisation-réséction. Ici il est prudent de faire, contrairement à ce que nous proposons en cas de mégacôlon sigmoïdien vu à froid, de pratiquer immédiatement ou dans les jours qui suivent la réséction au thermocautère de l'anse ectasiée. Il sera aussi très prudent de placer dans chaque bout de l'anse réséquée un tube de Paul pour éviter la souillure du champ opératoire par la débâcle qui ne manquera pas de se produire.

Si le mégacôlon avait été reconnu comme siégeant sur plusieurs segments ou la totalité de côlons, le meilleur moyen est de pratiquer d'emblée un anus cæcal.

Si le mégacôlon n'avait pas jusque-là été diagnostiqué, il est difficile de le reconnaître en période d'obstruction. Certes, la notion de constipation datant de l'enfance, des petites crises coliques qui se produisent de plus en plus fréquemment depuis quelques années, sont des éléments importants de diagnostic. Mais très souvent on ne pense pas au mégacôlon qui, en somme, est assez rare et le diagnostic s'oriente plus volontiers chez les sujets âgés vers une obstruction cancéreuse. En tous cas, l'anus cæcal qui est en général pratiqué dans ces cas d'obstruction lente réussit parfaitement dans le mégacôlon et doit être conseillé. Il sera souvent le 1^{er} temps de l'opération curatrice ultérieure : grâce à cette soupape de sûreté celle-ci pourra être d'emblée plus audacieuse et comporter une réséction colique suivie d'entérorraphie circulaire immédiate.

Bien entendu, dans tous ces cas d'obstruction, il faudra très utilement compléter le traitement chirurgical par des injections de chlorure de sodium hypertonique de façon à lutter contre l'intoxication et la perte de chlorure sanguin que déterminent les phénomènes d'occlusion. On obtien-

dra ainsi des relèvements immédiats de l'état général du malade ainsi que le montrent les observations du Professeur Gosset, de Binet et Petit-Dutaillis.

OBSERVATION XXXVIII

D^r Pauchet

Enfant de 13 ans, en obstruction depuis 3 jours. Laparotomie, anse sigmoïde énorme. On extériorise l'anse, on la fixe à la peau et on la résèque immédiatement ; deux mois après, cure de l'anus avec l'entérotome. Guérison complète.

OBSERVATION XXXIX

D^r Pauchet

Enfant de 13 ans, en occlusion depuis 3 jours, laparotomie, mégacolon iléo-pelvien. Colotomie, évacuation des matières, suture du côlon, mort 4 jours plus tard, par rupture de la suture.

OBSERVATION XL

D^r Labey

Femme de 50 ans, qui entre à l'hôpital pour occlusion intestinale. Appendicostomie. On reconnaît un volvulus sigmoïdien, que l'on se propose de traiter ultérieurement. Un an plus tard, la malade est opérée par le D^r Grégoire, qui fait une résection suivie d'une anastomose termino-terminale du côlon dans le rectum.

OBSERVATION XLI

D^r Michon

Femme en obstruction depuis 3 semaines. On pratique un anus cœcal. Par cet anus sortent des gaz, pas de matières, mais cela suffit pour faire céder l'obstruction. 3 mois plus tard, elle est opérée par Okinezye, qui fait une résection du mégacolon avec une anastomose termino-terminale du transverse dans le rectum.

OBSERVATION XLII

D^r Delbet

Homme de 50 ans, qui présente depuis longtemps des alternatives de diarrhée et de constipation. Il entre à l'hôpital pour une obstruction intestinale que l'on met sur le compte d'un néoplasme du gros intestin. Il s'agissait, en réalité, d'un mégacôlon sigmoïde à mēso très long. On se contente de faire une fixation de l'anse sur une longue surface. Disparition des accidents d'obstruction. Ce malade a été perdu de vue.

OBSERVATION XLIII

P^r Duval

Femme de 45 ans, en occlusion progressive depuis 11 jours. On fait une cœcostomie qui fait disparaître les accidents d'occlusion et permet ultérieurement de pratiquer la résection de l'anse colique avec suture bout à bout. 8 mois plus tard, fermeture de la fistule cœcale.

OBSERVATION XLIV

D^r Morestin

Adolescent de 15 ans, constipé depuis toujours. Le 1^{er} août 1909, crise d'obstruction que le D^r Veau fait céder en fractionnant un gros stercorome de l'ampoule rectale ; le 22 janvier 1910, nouvelle occlusion complète de 16 jours. Morestin extrait, par le rectum, une masse stercorale volumineuse, suivie d'un écoulement abondant de matières fécales liquides, ce qui permet, le 25 février suivant, de faire une anastomose iléo-rectale, avec exclusion unilatérale.

OBSERVATION XLV

D^r Cerné

Jeune homme de 20 ans, constipé depuis toujours, une obstruction intestinale oblige à faire une colostomie. Celle-ci ne donne rien et la mort survient par péritonite en deux jours. L'autopsie montre un mégacôlon iliaque plein de matières et de calculs gros comme des œufs.

OBSERVATION XLVI

P^r Gosset (inédite)

Mme F..., 39 ans, ayant toujours présenté une constipation opiniâtre, est prise d'une crise d'obstruction. Le 9 février 1913, anus cæcal qui fait cesser l'obstruction. Le 15 avril 1913 on peut pratiquer une résection suivie d'anastomose bout à bout. On a fait une incision médiane, aucune adhérence dans le ventre ; énorme anse repliée en canon de fusil correspondant au côlon pelvien atteint de mégacôlon et présentant au niveau de son méso des traces de mésosigmoïdite. On sectionne à la partie inférieure le côlon descendant, puis le côlon pelvien à quatre travers de doigt du Douglas. Ligature. Anastomose bout à bout. On va au cæcum fixé par l'anus. Appendicectomie par écrasement, drain au contact de l'anastomose, paroi à la soie, durée 55 minutes. La pièce enlevée mesure 56 cm. Ultérieurement on ferme la fistule cæcale. Suites opératoires normales. Suites éloignées en décembre 1928, la malade se porte parfaitement bien et va régulièrement à la selle.

OBSERVATION XLVII

P^r Gosset (inédite)

M. B..., 58 ans. Malade qui se plaint de constipation depuis quelques années, accompagnée de coliques douloureuses. En juin 1928, phénomène d'obstruction.

1^{re} opération le 14 juin 1928, anus cæcal fixé par des soies et ouvert à la fin de l'opération au thermocautère. Anesthésie locale 10 minutes.

Suites opératoires simples. Disparition du ballonnement du ventre.

2^e opération le 22 juin. Résection du mégacôlon et anastomose termino-terminale. Incision médiane sous-ombilicale ; on resèque le côlon sur une longueur d'une vingtaine de cm. et on fait une anastomose avec deux surjets à la soie. Plusieurs points au catgut pour hémostase. Fermeture de la paroi à la soie, drain au contact de l'anastomose. En terminant, on remet un drain dans l'anus cæcal qui permet aux gaz de sortir. Anesthésie à l'éther : 38 minutes.

3^e opération le 21 juillet. Fermeture de l'anus cæcal ; on circonscrit l'anus et on libère complètement le cæcum sans ouvrir le péritoine. On l'avive et on fait une double suture à la soie. Catgut dans la profondeur. Grande soie prenant le tout. Anesthésie à l'éther. Durée 9 minutes. 17 mois après : suites bonnes. Il subsiste une légère constipation combattue facilement par les laxatifs.

Traitement du mégacôlon compliqué de volvulus

Le volvulus est une complication fréquente du mégacôlon sigmoïdien, nous pensons même que très souvent c'est une complication qui apparaît comme le premier signe révélateur du mégacôlon. Celui-ci s'est traduit jusque-là par de la constipation plus ou moins opiniâtre, mais l'on n'a pas pensé à rechercher la possibilité d'une ectasie colique par la radiographie ou la rectoscopie. De petites crises d'obstruction auraient pu donner l'éveil, surtout celles qui s'accompagnent de coliques vives et qui sont en rapport avec des volvulus incomplets se détordant spontanément, mais plus prédisposés à la récurrence.

Nous avons réuni 15 cas de volvulus sigmoïdiens alors que nous avons seulement 19 cas de mégacôlon de ce même segment colique, reconnu en dehors d'occlusion. Dans les 15 cas la torsion avait été vraiment le premier signe inquiétant présenté par les malades. Ceux-ci n'en avaient pas moins présenté les antécédents de constipation et de coliques que nous avons décrit plus haut mais ils ne s'en inquiétaient pas. Notons pourtant l'importance capitale que constituent ces antécédents pour faire le diagnostic en présence d'une occlusion aiguë. Gaudart d'Allaines, par deux fois, fit le diagnostic exact grâce à ces renseignements obtenus par interrogatoire.

Nous n'avons pas l'intention d'insister beaucoup sur le

traitement du volvulus du mégacôlon sigmoïde. Il a été parfaitement précisé par Lecène, Okinczyc, Alglave, Forgue dans des articles où dans les discussions à la Société de Chirurgie à propos des nombreuses observations qui ont été rapportées dans ces dernières années. Actuellement, il est définitivement admis que l'anūs cæcal, l'anūs sur l'anse tordue laissant subsister l'étranglement est une opération vaine qui n'amènera qu'exceptionnellement la guérison de l'occlusion si le volvulus n'est pas trop serré. La détorsion est logique mais même suivie de colopexie, elle expose à la récidence à peu près fatale. M. le P^r Lecène cite dans son travail paru dans la revue de Chirurgie, en 1911, le cas de cet homme dont le volvulus fut détordu successivement en 1896, par Hartmann, en 1906 et 1909 par Lecène, et qui ne finit par guérir qu'après une colectomie.

Actuellement, la question n'est plus que celle-ci : faut-il en période volvulus faire une colectomie en un ou plusieurs temps?

La colectomie suivie immédiatement d'entérorraphie circulaire a été pratiquée 7 fois dans nos 15 cas de volvulus. Elle a donné 6 guérisons (n^{os} 55, 58, 59, 60, 61, 62) parfaites et rapides, et une seule mort (obs. 53) par péritonite. La statistique de Launay avec 5 cas tous guéris est évidemment très impressionnante.

Leveuf, dans un cas, a pratiqué la colectomie en 1 temps suivie de suture bout à bout, mais après avoir fait une exclusion péritonéale de son anastomose et suturant le péritoine pariétal au péritoine du méso-sigmoïde. Fort heureusement, il avait pris cette précaution car très rapidement se formait un abcès stercoral qui s'évacuait au dehors et laissait une fistule. Un peu plus tard, des accidents d'occlusion aiguë l'obligeaient à pratiquer une cæcostomie d'urgence. Enfin, le malade guérit après fermeture successive de son anus colique et de son anus cæcal. Cette méthode de la résection en dehors du péritoine, mais avec entérorraphie bout à bout, recouverte par la paroi suturée ne semble donc

pas avoir donné une guérison plus rapide que la véritable extériorisation-résection tout en faisant courir de grands risques au malade.

La colectomie en plusieurs temps a été employée 4 fois par la méthode de l'extériorisation-résection, sans aucune mort post-opératoire et avec des résultats éloignés très satisfaisants. Moure dans un cas a pratiqué une colectomie suivie d'une anastomose latéro-latérale immédiate, mais sous le couvert d'une fistule cæcale. Le résultat immédiat a été bon, mais 3 mois après la constipation persiste quoique à la radio la bouche fonctionne bien. Nous pensons malgré tout, que l'anastomose latéro-latérale n'est pas parfaite sur le gros intestin et que la distension des culs-de-sac peut être le siège de stase et gêner ainsi le fonctionnement de la bouche.

En résumé, si on excepte les procédés suivis par Moure et Leveuf qui ne semblent pas avoir donné des résultats immédiats et éloignés parfaits, il reste en présence deux grands procédés de colectomie : la colectomie avec entérorraphie immédiate, la colectomie par extériorisation.

Pour Alglave, les deux procédés trouvent leur indication dans l'état de l'anse, l'état de résistance du sujet.

Si l'anse n'est pas très malade, le sujet résistant, la colectomie avec entérorraphie immédiate doit être faite.

Si l'anse est d'aspect douteux, noirâtre, mais que le sujet conserve une parfaite résistance : la colectomie en un temps peut être encore tentée.

Si l'anse est gangrénée, il faut extérioriser, réséquer rapidement, et faire secondairement la cure de l'anus.

Pour Lecène, Okinczyc, ces indications font une trop grande part à la colectomie en un temps. Il est vrai que les cas de Guimbellot et Launay sont très beaux et les résultats parfaits, mais il n'en demeure pas moins imprudent en période d'occlusion de tenter une résection suivie d'entérorraphie immédiate. Ce procédé, malgré tout, a causé une mort opératoire alors que l'autre procédé avec extériorisation n'a

aucune mortalité à son actif, donne des suites opératoires des plus simples et a permis, entre autres, à notre maître le Professeur Gosset, de guérir une malade de 82 ans et qui reste en excellente santé 7 ans après l'intervention.

Nous pouvons donc conclure et tel est l'avis de la plupart des chirurgiens, actuellement, que tout mégacôlon en vol-volus quel que soit l'état de l'anse, et la résistance du malade, doit être traité par la méthode la plus sûre, la colectomie après extériorisation.

OBSERVATION XLVIII

D^r Gaudart d'Allaines

F..., 45 ans. Est en pleine occlusion aiguë quand on le voit le 5 septembre 1925. La crise a débuté brusquement il y a 3 jours, par des coliques très violentes et subintrantes, situées d'abord dans la région péri-ombilicale et vite diffusées à tout l'abdomen. En même temps, sont apparus des vomissements verts, bilieux, incessants. Au bout de 36 heures, coliques et vomissements ont diminué de fréquence, en même temps que le ventre s'est progressivement ballonné. Depuis le début, le malade n'a émis ni selles, ni gaz.

A l'examen, l'abdomen est très ballonné, non contracturé, non douloureux. Mais le ballonnement paraît cependant un peu plus marqué dans la région sous-hépatique et para-ombilicale droite. La palpation ne révèle rien, gênée par le météorisme intense. La percussion montre une sonorité diffuse à timbre tympanique.

Le malade est un constipé chronique et rebelle ; depuis 6 ans, il avait eu, à plusieurs reprises, des crises de coliques douloureuses, accompagnées de nausées. Ces crises, qui n'ont jamais duré que quelques heures, ont cédé chaque fois à une petite débâcle intestinale.

L'état général est altéré. Le malade, qui a vomi depuis trois jours liquides et solides, est déshydraté. Le facies est excavé, la langue sèche, la température est à 37°5. Le pouls à 104, bien frappé.

L'occlusion est évidente. L'asymétrie à l'éther. Laparotomie médiane para-ombilicale gauche. On extériorise un volvulus du mégacôlon sigmoïde tordu de 180° et logé sous le foie. La détorsion est facile, le mésocôlon est très rétracté, parsemé de brides de méésentérite. Les deux pieds de l'anse sont au contact l'un de l'autre, et en abandonnant le côlon il esquisse de nouveau un mouvement de torsion autour de

son pied. On se décide donc à le réséquer immédiatement. Auparavant, on constate qu'une anse grêle est adhérente par sa convexité sur une longueur de 4 centimètres au pied de l'anse colique afférente. Cette adhérence est très solide et résiste au décollement à la compresse. Le grêle n'étant pas dilaté, on n'insiste pas. On extériorise facilement les deux extrémités du côlon volvulé. Le méso est sectionné après ligature des vaisseaux coliques, l'anse dilatée qui mesure 53 centimètres est réséquée et un tube de Paul est mis dans chacune des deux extrémités. Avant de refermer, une mèche de gaze est glissée de chaque côté des deux bouts accolés, en canon de fusil, de manière à éviter l'issue dans le futur épéron d'une anse intestinale. Fermeture pariétale, en un plan, aux crins.

Les suites opératoires furent jusqu'au sixième jour rendues difficiles par la persistance de vomissements incessants, qui cédèrent aux lavages d'estomac répétés. Le septième jour, les deux tubes de Paul tombèrent et le malade, à partir de ce moment, s'améliora rapidement.

Deuxième opération : le 6 octobre 1925, un mois après, la cicatrisation de la plaie étant complète, une première application sur l'éperon de l'entérotom de Dupuytren fut faite. Elle fut complétée par une seconde application cinq jours après. Enfin, le 3 novembre 1925, la fermeture de l'anus fut pratiquée après décollement des deux bouts, trois plans de suture au catgut furent faits. Par-dessus, la paroi fut fermée sur un drain. Par précaution, on fit, en plus, une dilatation de l'anus et l'extirpation d'un volumineux fécalome rectal.

Guérison simple. Le malade sort douze jours après en très bon état, allant régulièrement à la selle.

Il fut revu deux mois après, le 23 janvier 1926 ; il a eu, en effet, les jours précédents, une « indigestion » avec vomissements, un examen radiologique fut pratiqué. Le repas opaque montre que la traversée du grêle est rapide. En quatre heures, le repas est dans le cæcum. Le lavement barythé montre de même que le gros intestin est partout bien perméable ; pas de points douloureux. Tout semble normal.

Quelques jours après, le malade est repris des mêmes symptômes qui venaient l'alarmer, mais, rassuré par l'examen radiologique, il ne s'inquiète pas et il n'est vu que le quatrième jour, dans un état très grave. Depuis quatre jours il vomit de grandes quantités de liquide verdâtre, par cuvettes entières. Pas de douleurs, pas de ballonnement. Selles quotidiennes. Mais son état général est franchement mauvais : le poulx à 120 est petit, mal frappé ; le facies est excavé, légèrement cyanosé, les traits tirés. Une tentative de lavage d'estomac détermine une syncope. Il s'agit évidemment d'une occlusion haut située. L'ab-

domen est du reste un peu distendu et sensible à la pression dans la région épigastrique.

Troisième opération : le jour même 23 février 1926, sous anesthésie locale. L'abdomen est ouvert. Il existe une occlusion du grêle au niveau de l'adhérence que l'on avait constatée lors de la première opération. Au-dessus, une anse grêle est dilatée à l'extrême. On craint les manœuvres de décollement dans la profondeur et on pratique simplement une anastomose au bouton de Jaboulay, entre les anses grêles, de part et d'autre de l'obstacle. On complète par une fistulisation à la Witzel de l'anse dilatée. A la fin de l'opération, qui n'a duré que quinze minutes, le malade est presque sans pouls. Il se remonte dans la soirée et la fistule du grêle fonctionne bien. Mais, malgré tous les soins médicaux, il meurt le lendemain.

OBSERVATION XLIX

D^r Gaudart d'Allaines

Malade, 56 ans. atteint depuis 36 heures d'occlusion intestinale aiguë, se plaignant de coliques péri-ombilicales violentes et répétées, d'arrêt des matières et des gaz. Un vomissement au bout de 36 heures. A l'examen : ballonnement abdominal un peu asymétrique, la fosse iliaque gauche étant moins distendue. Tympanisme généralisé, douleur diffuse, au moment d'une colique, ondulation péristaltique nette. Toucher rectal négatif. Etat général bon.

Dans les antécédents on retrouve l'histoire d'une constipation opiniâtre, de coliques passagères et depuis deux mois avait présenté déjà un crise d'obstruction d'une durée de 12 heures. Sur ces signes on fait le diagnostic de volvulus du mégacolon sigmoïde.

1^{re} opération : 19 janvier 1926 : rachianesthésie. Incision médiane para-ombilicale, gros volvulus sigmoïdien tordu avec mésentérite rétractile. On en fait la détorsion, mais devant l'étroitesse du pied du méso, on pratique une résection après section du méso, accolement en canon de fusil des deux anses pour éviter la pénétration dans l'éperon d'une anse grêle, un tube de Paul dans chaque anse. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires : parfaites sans fièvre.

2^e opération : après pose de l'entérotome on fait le 15 mars 1926 la fermeture de l'anus, facilitée par ce fait que le bout inférieur s'est rétracté avec son méso. 3 surjets au catgut, petit drain, fermeture de la paroi. Sortie le 12^e jour. En juillet 1926, malade en parfaite santé, fonctionnement radiologique normal de l'intestin.

OBSERVATION L

D^r Dervaux

Jeune fille de 20 ans, végétarienne, très grosse mangeuse, en occlusion depuis 7 jours.

Opération : incision abdominale médiane, on trouve facilement l'anse du gros intestin tordu mais non menacé de gangrène, c'est le côlon descendant pourvu d'un très long méso qui est le siège de cette torsion. Détorsion facile, fermeture de l'abdomen. Depuis un an la malade reste guérie, mais cette malade est surveillée par crainte de nouveaux accidents d'occlusion.

OBSERVATION LI

D^r Hertz

Femme de 60 ans, constipation depuis l'enfance, deux à trois jours sans aller à la selle, le 17 janvier 1924 arrêt des matières, le 19 janvier arrêt des gaz, le 20 janvier apparition de douleurs dans la fosse iliaque gauche, nausées, pas de température. A l'examen, météorisme sous-ombilical avec mouvements péristaltiques à gauche de l'abdomen.

1^{re} opération : le 20 janvier 1924. Incision médiane, on découvre un volvulus du sigmoïde (2 tours) incision iliaque gauche, extériorisation de l'anse sigmoïde dont les deux pieds sont suturés sur plusieurs cm. au catgut O. Fermeture des incisions, ponction de l'anse extériorisée.

2^e opération le 21 janvier : résection du mégacôlon, ligature en U du méso, section de l'anse au thermocautère, tube de dérivation dans le bout inférieur. Le 10 et le 24 février 2 poses de l'entérotome.

3^e opération le 31 mars : cure extra-péritonéale de l'anus.

Guérison sans incident le 28 juin 1924 la malade va à la selle chaque jour, sans médication et se trouve en parfait état.

OBSERVATION LII

D^r Moure

Malade âgée de 41 ans ; à l'âge de 18 ans, mal de Pott dorsal avec parésie légère des membres inférieurs. Incontinence des urines et insuffisance du sphincter anal. A partir de ce moment s'installe une constipation tenace et la malade reste quelquefois 8 jours sans aller à la selle. Depuis quelques années surviennent quelques crises douloureuses abdominales dues probablement à des ébauches de torsion.

Le 19 octobre 1922, crise de volvulus du mégacôlon pelvien avec nausées, arrêt des matières et des gaz, douleurs violentes. Opération d'urgence le 19 octobre 1922. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve un mégacôlon sigmoïde tordu de deux tours. On en fait la résection ; on ferme les deux bouts coliques et on les réunit par une anastomose latéro-latérale. Une fistule sur le cæcum avec une sonde de Nélaton. Donc traitement par résection et suture latéro-latérale immédiate.

Suites opératoires : parfaites, la fistule cæcale se ferme spontanément. 3 mois après, la malade ne souffre plus, le ventre est plat, mais la constipation persiste, quoique à la radio la bouche anastomotique semble fonctionner parfaitement.

OBSERVATION LIII

Pr Lecène

Femme de 42 ans qui, en novembre 1910, avait été opérée d'une première crise de volvulus de l'S iliaque, qui avait été traité par détorsion et fixation de l'anse. En avril 1913, 2^e crise de volvulus ; opération précoce le 2^e jour, alors que la malade avait un bon état général. On fait résection et anastomose termino-terminale.

Mort le 8^e jour, par péritonite progressive et intoxication hépatique.

OBSERVATION LIV

D^r Leveuf

Homme de 67 ans. Le 7 mai 1924 présente une occlusion intestinale datant de 48 heures, sous anesthésie locale on fait une incision iliaque droite, le cæcum est plat et l'on pratique une fistule sur une anse intestinale dilatée attirée dans l'incision. Les suites opératoires sont bonnes. Guérison de l'occlusion avec fermeture spontanée de la fistule.

4 mois plus tard, le 27 septembre, nouvelle crise d'occlusion avec colique violente, arrêt des matières et des gaz depuis 48 heures, pas de vomissements.

A l'examen, on trouve un ventre ballonné, pas de péristaltisme, un clapotage sous-ombilical et une matité déclive de fausse ascite. L'état général est bon ; il n'y a pas de fièvre. La notion d'une constipation datant de l'enfance, la récidive de l'occlusion font penser au D^r Leveuf à un volvulus du côlon pelvien. Opération d'urgence sous-rachianesthésie. Par l'incision médiane on extériorise une anse pelvienne volu-

mineuse, d'une longueur de 55 cm. ; un diamètre de 8 à 10 cm., dont les pieds sont accolés en canon de fusil et tordus de 180°. Le point de torsion est caché dans la concavité sacrée. Extériorisation. Résection suivant la méthode de Quénu-Cruet : extériorisation de l'anse, suture des lèvres du méso incisé au péritoine pariétal, résection de l'anse et suture bout à bout, sonde rectale pour évacuer les gaz.

Suites opératoires : au 4^e jour, on doit désunir la suture au niveau de l'anastomose, formation d'une petite fistulette. Au 6^e jour, purge de 30 gr. de sulfate de soude. 8 heures après la malade est dans un demi-coma avec hoquet, pouls incomptable, énorme dilatation du cadre colique.

Sous anesthésie locale, on pratique une large cœcostomie, qui laisse s'écouler des matières liquides et fétides et par laquelle on injecte du sérum chaud dans le gros intestin. Dans les jours suivants, quantité de scybales projeté par l'anus cæcal, ainsi que des débris alimentaires. Le 15 janvier 1925, sous rachis on ferme l'anus médian colique avec difficulté pour rapprocher les deux bouts. Le bout inférieur est très rétracté sur le sacrum. Le 26 janvier 1925, fermeture de l'anus cæcal sous anesthésie locale, depuis cette date, la malade est revue plusieurs fois en bonne santé, avec des évacuations intestinales normales.

OBSERVATION LV

D^r Guimbellot

Malade âgé de 26 ans. Depuis l'enfance, constipation augmentant jusqu'à durer 3 ou 4 jours avec distension abdominale et crise de coliques. Le 18 novembre 1919, douleur extrêmement violente dans le ventre, à prédominance dans l'hypocondre gauche. Arrêt des matières et des gaz, pas de vomissements. A l'examen : ventre météorisé, voussure apparaissant dans l'hypocondre gauche durant 20 à 30 secondes au niveau de cette voussure, douleur à la palpation et sonorité tympanique sans matité.

Toucher rectal et vaginal : négatif.

Opération d'urgence 36 heures après le début des accidents. Incision médiane sous-ombilicale, extériorisation d'une anse sigmoïde du diamètre d'une cuisse d'adulte noire, tordue d'un tour $3/4$ dans le sens des aiguilles d'une montre. Après détorsion l'anse restant noire, on fait une résection avec suture bout à bout par double surjet à la soie, drain dans le Douglas.

Suites opératoires : parfaites. Ablation du drain le 2^e jour.

1^{re} selle le 6^e jour.

Suites éloignées : Il n'y a plus de crises douloureuses violentes, mais persistance de la constipation et de quelques coliques après les repas.

A la radio, on constate, au point de vue anatomique, l'existence d'un dolichocôlon transverse droit, d'un mégacôlon descendant et d'un rétrécissement au niveau de l'anastomose. Au point de vue physiologique, stase transverse droite pendant 48 heures, descendante pendant 72 heures. L'anastomose rétrécie est donc suffisante physiologiquement.

OBSERVATION LVI

D^r Gruget (de Laval)

Homme de 43 ans, qui est pris, le 28 juillet, de douleurs abdominales intenses, de vomissements avec arrêt des matières et des gaz. Etat général bon, température à 37°2 ; pouls à 110 bien frappé. Opération d'urgence 45 heures après le début des accidents. On trouve une torsion de 180° de gauche à droite de l'anse iliaque, augmentée de volume. Détorsion et colopexie.

Suites opératoires : simples.

Suites éloignées : Revu le 2 novembre 1923, ne souffre plus, mais persistance de la constipation.

OBSERVATION LVII

D^r Gruget (de Laval)

Femme de 53 ans, souffrant d'une constipation opiniâtre depuis l'enfance, depuis 4 ou 5 ans, crises fréquentes avec vomissements, douleurs et constipation de 8 à 10 jours. En mai 1922, crise plus violente, avec arrêt complet des matières et des gaz. Etat général assez bon.

Opération le 12 mai 1922, 48 h. après le début des accidents. Incision médiane ombilicale, S iliaque tordue de plus de 180°, noire, recouverte de fausses membranes avec les veines du méso paraissant thrombosées. Résection de l'anse tordue sans détordre pour éviter embolie, la coprostase étant assurée par deux clamps. Le bout rectal impossible à amener à la paroi est fermé au fil de lin en 2 plans et abandonné dans le petit bassin. Le bout supérieur fermé est extériorisé par une incision iliaque gauche. Un drain dans le Douglas.

Suites opératoires : une pointe de thermocautère 3 jours pleins après l'opération (5 jours après le début de l'occlusion) 7 jours après

l'opération ouverture de l'intestin. Deux jours plus tard, le pouls faiblit et la malade meurt par intoxication sans signes de réaction péritonéale.

OBSERVATION LVIII

D^r Launay

Mme G..., 50 ans, opérée le 23 mars 1923, pour un volvulus sigmoïde récidivé de 24 heures, déjà opérée un an auparavant (5 février 1922), au 3^e jour du même volvulus, alors seulement détordu, colectomie de 47 cm. de gros intestin, représentant le côlon iliaque gauche ; colorraphie termino-terminale à 3 plans, en une seule séance. Guérison simple, aucun trouble fonctionnel depuis.

OBSERVATION LIX

M. Chel..., 26 ans (Hôpital Cochin), opéré le 12 novembre 1924, pour un volvulus datant de moins de 24 h., opéré déjà un an auparavant à Constantinople, pour détorsion simple. C'est un volvulus du côlon sigmoïde avec distension secondaire des côlons transverse et ascendant. L'intestin est en bon état. Colectomie du côlon iliaque gauche énorme, colorraphie termino-terminale, à 3 plans, sans fitulisation, en un seul temps. Guérison simple. Sortie de l'hôpital le 2 décembre 1924.

OBSERVATION LX

D^r Launay

M. Dor..., 25 ans (Hôpital Cochin), opéré le 7 janvier 1925, pour un volvulus à torsion lente en évolution depuis 3 jours. C'est un volvulus du côlon ascendant, tordu sur le côlon transverse près de l'angle colique droit, à 3 tours de spire, et modérément tordu au niveau du cæcum, la torsion inférieure entraînant toute la masse de l'intestin grêle. Détorsion facile. Intestin en très bon état, sauf au niveau de la torsion colique transverse. Hémi-colectomie droite avec section du grêle près du cæcum, entérorraphie termino-terminale facilitée par la distension de l'intestin grêle, le tout en un seul temps. Guérison simple. Sortie du malade le 25 janvier 1925.

OBSERVATION LXI

D^r Launay

Mme B..., 32 ans (Hôpital Cochin). Dolicho et mégacôlon gauche sans volvulus, mais avec crises de torsion incomplète depuis plusieurs mois, crises se rapprochant et douloureuses. Diagnostic confirmé par radio. Le mégacôlon (35 cm.) occupe le côlon descendant et le côlon iliaque gauche, avec changement de calibre très net en haut, un peu moins en bas. Mésentérite rétractile comme dans les autres cas. Colectomie de toute la partie dilatée avec colorraphie termino-terminale à 3 plans en un seul temps. Guérison simple et facile. Sortie le 19 mars.

OBSERVATION LXII

D^r Launay

M. S..., 68 ans, opéré le 28 février 1925, pour une obstruction datant de 3 jours. Enorme volvulus du côlon sigmoïde. Détorsion facile, intestin en bon état se vidant bien de ses gaz par simple expression. Malade fatigué, on se contente de la détorsion. Guérison simple, mais le malade garde un intestin distendu, énorme, contrôlé par la radioscopie. Il accepte l'intervention complémentaire faite le 31 mars. On trouve un côlon iliaque gauche nettement distendu, replié en deux anses intimement accolées en canons de fusil par une mésentérite rétractile intense, la torsion à la base est très facile et tend à se faire spontanément. Colectomie de l'anse repliée et colorraphie termino-terminale en un seul temps.

OBSERVATION LXIII

P^r Gosset (inédite)

Mme B..., 82 ans, entrée le 4 avril 1922, à l'Hôpital Privé, pour phénomènes d'occlusion intestinale.

Constipation de toujours obligeant la malade à prendre un laxatif chaque fois.

En 1915, survint une crise un peu semblable à celle qui a déterminé l'opération : c'était une crise de constipation avec ballonnement du ventre et douleurs, qui a duré 8 jours. Plusieurs purges furent sans résultat. On fit un lavement avec un tube intestinal très long, qui, laissé en place, permit l'évacuation. Il s'est agit probablement d'une crise de volvulus incomplet.



Fig. 14 (Obs. n° LXIII, Mme B.). — Mégacolon sigmoïdien réséqué au cours d'un volvulus

Plusieurs petites crises depuis 1915, avec ballonnement, se terminant par l'évacuation de gaz abondants et avec affaissement du ventre.

Le 1^{er} avril 1922, début d'une période de constipation, mais cette fois sans émission de gaz. La malade ne s'inquiète pas au début, mais la distension du ventre augmente, des nausées surviennent. Pendant 48 heures, aucune émission de gaz : coliques douloureuses, vomissements de bile. Le 4 avril, admission d'urgence. Ballonnement considérable avec péristaltisme ; état nauséux continu, la moindre ingestion de liquide provoque un vomissement. Langue sèche.

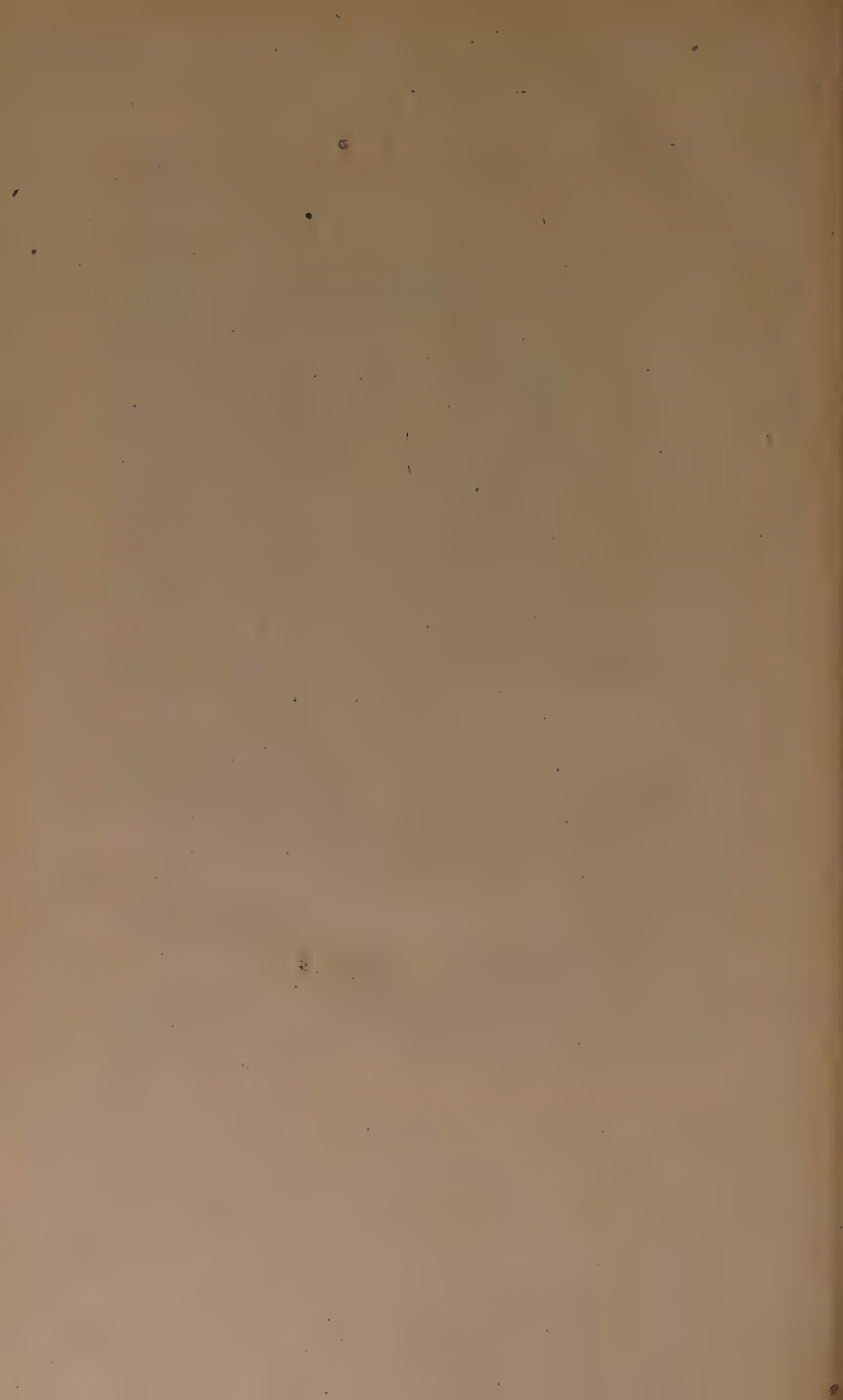
1^{re} opération le 4 avril 1922, à 5 h. du soir. Opérateur : P^r Gosset. Aides : D^{rs} Desplas et Sardou. Anesthésie régionale. Détorsion du mégacolon sigmoïde. Extériorisation et résection immédiate (fig. 14).

Suites opératoires : première selle par l'anus artificiel 2 jours après l'intervention ; fils enlevés le 13 avril.

2^e opération (P^r Gosset). Fermeture de l'anus. On réincise au niveau de l'ancienne cicatrice médiane. On libère les deux bouts de l'intestin. En libérant le bout supérieur, qui est très mince, on fait une petite perforation à 1 cm. au-dessus du point d'anastomose : on la ferme, après avoir suturé les deux bouts ensemble par quelques points simples. On a laissé une collerette cutanée au bout inférieur ; par dessus on met un plan pariétal pour consolider la suture intestinale. Petit drain, car le milieu est septique. Fermeture avec 2 petites soies.

Suites opératoires : la fermeture de l'anus ne tient pas.

En décembre, 77 ans après l'opération, la malade se porte aussi bien que le comporte son grand âge (89 ans). Les selles qui se font uniquement par l'anus contre nature sont difficiles et ne s'accomplissent qu'à l'aide de lavement et de laxatif. Mais la malade ne présente plus de crise de ballonnement ni de coliques abdominales.



Conclusions

I. La pathogénie du mégacôlon reste encore imprécise, mais il semble bien que l'on ne puisse plus considérer cette affection ni comme idiopathique ni comme congénitale ainsi que le voulait Hirschsprung. L'opinion actuelle a tendance à le considérer comme acquis, secondaire à un obstacle que l'hypertrophie musculaire de la paroi colique essaye de forcer. Au début l'hypertrophie marche de pair avec la dilatation, c'est le stade de lésion compensée, plus tard la musculature faiblit, d'abord d'une façon intermittente au moment de petite crise d'obstruction, puis finalement d'une façon totale continue. C'est alors le stade de l'atonie complète, de la stase fécale chronique, de l'intoxication stercorhémique, avec déchéance physique rapide du malade. La mort survient presque toujours par obstruction intestinale ou encore très fréquemment par une tuberculose à marche aiguë chez ces sujets débilités. Quand le mégacôlon se développe sur le sigmoïde — ce qui est très fréquent — que l'anse est suffisamment dilatée et que la mésosigmoïdite scléreuse en a rapproché les pieds, une complication ne manque pas de se produire, c'est le volvulus d'abord incomplet, puis total, entraînant la mort si l'opération d'urgence n'est pas faite.

II. Si actuellement il est admis à peu près par tout le monde que le mégacôlon est secondaire à un obstacle, la nature même de ce dernier est encore discutée. Tout en considérant comme ingénieuses les théories qui admettent

l'existence d'un obstacle au cours de la vie intra-utérine, tel que volvulus foetal momentané, occlusion anatomique trop prolongée de la partie inférieure du tube digestif, tout en considérant comme aussi très intéressante la théorie qui fait du mégacôlon le résultat d'un déséquilibre dans l'innervation sympathique et parasympathique du côlon, nous ne pensons pas que ces hypothèses permettent d'expliquer la majorité des cas d'ectasie colique observée. Les valvules que l'on peut rencontrer dans la région rectosigmoïdienne par l'examen rectoscopique et sur lesquelles Bensaude a insisté, n'ont pas d'existence propre et résultent de la plicature d'un côlon trop long. Aussi croyons-nous que la lésion prédisposante est justement une exagération d'un dolichocôlon qui est extrêmement fréquent chez l'enfant, la lésion déterminante étant une stase fécale qui vient couder, plicaturer le côlon et déterminer ainsi l'occlusion valvulaire. Quand à cette stase fécale, elle relève presque toujours d'un spasme du sphincter anal lui aussi très fréquent chez l'enfant.

III. Le traitement médical ne doit pas être rejeté systématiquement, il a ses indications. Bien entendu, il doit être réservé au début de l'affection, en particulier chez l'enfant. De profondes entéroclyses, des purgations légères et répétées, un traitement antispasmodique à l'atropine, un régime approprié peuvent donner de véritables guérisons.

IV. Il sera toujours très utile de lui adjoindre un traitement étiologique bien compris, non pas la résection des valvules qui, nous l'avons vu, n'ont pas d'existence propre, mais la dilatation anale sous anesthésie générale qui, faisant cesser la rétention stercorale et gazeuse empêche la distension du côlon et ses plicatures occlusives.

V. Quand la lésion est définitivement constituée et forme un sac colique volumineux aux parois infiltrées de sclé-

rose, incapable dorénavant de revenir sur elles-mêmes, il n'y a qu'un traitement, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, le traitement chirurgical.

VI. S'il s'agit d'un mégacôlon sigmoïdien, le traitement en est actuellement bien précisé ; il faudra toujours pratiquer une colectomie segmentaire ; s'il n'y a pas d'obstruction deux procédés sont à la disposition du chirurgien : la colectomie avec entérorraphie immédiate, ou la colectomie en trois temps avec extériorisation, résection, cure secondaire de l'anús. Le premier procédé a l'avantage d'immobiliser moins longtemps le malade, le second — que nous conseillerons plus volontiers — a le gros avantage de la sécurité.

En période d'obstruction intestinale, même légère, ou en période de volvulus, il n'y a qu'un procédé qui puisse être proposé parce que donnant une sécurité absolue, c'est la colectomie en 3 temps.

VII. S'il s'agit d'un mégacôlon étendu à plusieurs segments coliques, le choix du traitement le meilleur est embarrassant.

En période d'obstruction c'est l'anús cæcal qui permettra le mieux de faire cesser la rétention gazeuse et de « refroidir » progressivement la lésion.

En période « à froid » l'hémicolectomie gauche avec entérorraphie immédiate, bout à bout nous a paru donner les meilleurs résultats, à condition de toujours faire précéder l'opération d'une cæscostomie de décharge. En effet, nous ne croyons pas qu'on arrive jamais à désobstruer complètement un mégacôlon étendu où la putréfaction et la stagnation sont habituelles.

VIII. Le mégacôlon total est rare et d'un traitement très difficile. Deux méthodes peuvent être proposées, l'anastomose iléo-sigmoïdienne avec occlusion unilatérale ou la

colectomie en 1 ou 2 temps. Nous croyons que la prudence sera là encore de fragmenter l'acte opératoire pour permettre à ces malades très fatigués, intoxiqués, de supporter l'intervention. Nous conseillerons de faire d'abord une iléo-sigmoïdostomie basse avec exclusion unilatérale. Puis d'attendre quelques mois. Si l'amélioration est manifeste s'en tenir là, si les troubles persistent de compléter la 1^{re} intervention par une colectomie totale.

IX. Dans tous les cas il faudra toujours faire précéder l'intervention d'une préparation minutieuse du malade pour diminuer le plus possible la stase fécale au moyen d'entéroclyses fréquentes, de purgations huileuses répétées et intervenir en dehors de ces périodes de constipation où la virulence microbienne augmente. Enfin, au moment des périodes d'obstruction et surtout au cours d'un volvulus, l'acte opératoire sera toujours très utilement aidé par les injections intra-veineuses d'une solution hypertonique de chlorure de sodium.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président*

ROGER.

GOSSET.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- ALGLAVE. — Recherches expérimentales sur l'exclusion, la résection du gros intestin et l'anastomose iléo-colique. — *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, février 1907, n° 1.
- ALBAN GIRAULT. — Un traitement médical des dolichocôlons. Résultats clinique et anatomique. — *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, XVI, juin 1926, n° 6, p. 719.
- ANDERODIAS. — Grossesse chez une femme atteinte de mégacôlon. — *Gaz. Hebd. Sci. méd. de Bordeaux*, XLVI, 1925, n° 11, 15 mars, p. 172.
- ALGLAVE. — A propos du volvulus de l'S. iliaque. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1921, page 357.
- AUSSET (R.). — Pseudo mégacôlon avec constipation opiniâtre chez une enfant de 23 mois. Opération, mort subite. — *Pédiatrie pratique*, XXI, 1924, n° 30, 25 oct. p. 268.
- P. BARBACCI et B. MOGGI. — Sur un cas de mégacôlon et de mégasigmoïde. — *Radiol. Méd.*, déc. 1927, n° 12, pp. 1001-1018, 2 figures.
- H. J. BARTLE. — Mégacôlon : résumé de la littérature et compte rendu d'un cas. — Ramisection comme traitement proposé. — *The American Journ. Med. Soc.*, janvier 1926, vol. CLXXI, n° 1, p. 67-81.
- BEGOUIN. — Présentation de pièce de mégacôlon. — *Gaz. hebd. Sci. méd. de Bordeaux*, XLVII, 1926, n° 35, 29 août, p. 555.
- BEHRING (J.) et KLERCKER (O. A.). — Darmspasmus und Hirschsprung'sches symptom. *Acta paediatrica* IV, 1924, n° 1, 25 oct., p. 35.
- D. E. D. BELLE. — Sur un cas de volvulus de l'S. iliaque avec mégacôlon congénital chez un enfant. — Thèse de Bordeaux, 1920-1921, n° 52.
- R. BENSAUDE, André CAIN, F. LAYANI. — A propos d'un cas de maladie de Hirschsprung post-encéphalitique à symptomatologie gastrique prédominante. — *Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutrition* XVIII, 1928, n° 1, janvier, p. 4.

- R. BENSAUDE et HILLEMAND (P.). — Maladie de Hirschsprung. — *Annales de Médecine*, XII, 1922, n° 6, déc., p. 425.
- R. BENSAUDE et SORREL. — 6 cas de mégacôlon. Examen radiologique et rectoscopique. Considérations thérapeutiques. — *Arch. des Maladies de l'appareil digestif*, 1914.
- R. BENSAUDE, GILLARD et RONNEAUX. — Sur le syndrome d'Hirschsprung, 2 observations chez l'adulte. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 1911.
- BERGÉ (A.), CHEVRIER et LEFÈVRE (P.). — Un cas de mégacôlon énorme d'origine congénitale. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 3^e Ser. XL, 1924, n° 25, 11 juillet, p. 1111.
- BINET. — Mégacôlon acquis chez une femme de 75 ans, iléo-transversotomie, guérison. — *Rev. Médicale de l'Est (Nancy)*, LV, 1927, n° 22, 15 nov., pag. 601.
- F. BODE. — Zur pathogenese und therapie der Hirschsprung schen Krankheit Brun's Beitz, z. Klin., Chir. CXV, n° 2, p. 510.
- BOLLING R. W. — Indication for surgical treatment. — *Ann. Surg.* juillet 1927.
- BONAMY. — Enorme mégacôlon totalement sphacélé. — *Bull. et Mém. Soc. des Chir. de Paris*, XVII, 1924, n° 10, 5 juin, p. 335.
- BONNIOT. — Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde traité par la résection en trois temps. — *Lyon Chirurg.*, XXII, 1925, n° 2, mars, avril, p. 204.
- BRENNEMANN J. — Simple congenital ano-rectal strictured urth megacolon in early infancy : report of six cases. — *Journal Amer. med. assoc.* LXXXIX, 1927, n° 9, 27 août, p. 662.
- BROHEE (G.). — Un cas de mégacôlon gauche. — *Journ. de chir. des Ann. Soc. belge de chir.*, 1925, n° 4, avril, p. 150.
- BROGLIO (R.). — Megacolon e megauretere congeniti. — *Riforma medica*, XLIII, 1927, n° 23, 6 juin, p. 535.
- BUTTERSACK. — Ueber familiares vorkommen der Hirschsprungschien Krankheit. — *Münchener med. Wochenschr.*, LXXIV, 1927, n° 38, 23 sept. p. 1626.
- P. CARNOT et G. FRIEDEL. — Dextrocardie par mégacôlon. — *Arch. des Mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, X, 1920, n° 10, sept. p. 577.
- CAUCCI. — Traitement chirurgical du mégacôlon. — *Policlinico*, 14 mai 1928.
- CHASSAGNARD. — Mégacôlon. — Thèse de Bordeaux, 1908.
- CODE, ROUHIER, MARTIN. — Sténoses non néoplasiques du côlon pelvien. Leur relation avec le mégacôlon. — *Lyon chirurgical* 1913.

- CULAN. — Mégacôlon congénital. — Thèse de Paris, 1910.
- DELORE et GAILLARD. — Mégacôlon. Colectomie totale. — *Lyon médical*, CXXX, 1921, n° 17, 10 sept., p. 774.
- DELANNOY E. — A propos de deux cas de volvulus de l'S iliaque. — *Gaz. des prat.*, XXX, 1923, n° 549, 1^{er} janvier, p. 1.
- DELBET. — Mégacôlon avec rétrécissement valvulaire du rectum. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1920, page 893.
- DERVAUX. — Deux cas de mégacôlon compliqué d'occlusion intestinale. Rapport de M. Lecène. — *Bull. et mém. Soc. nat. de chirurgie*, LI, 1925, n° 11, 18 mars, p. 356.
- C. N. DOWD. — The Surgical treatment of megacôlon. — *Ann. of surg.*, LXXIV, 1921, n° 4, oct., p. 468.
- DUPERIE (R.), ROQUES et VIELLE (A.). — Un cas de mégarectum chez un nourrisson. — *Gaz. hebdomadaire de Bordeaux*, XLV, 1924, n° 25, 22 juin, page 386.
- DUROUX et MANGIN. — Volvulus du côlon pelvien. — *Lyon chirurgical*, tome VII, 1^{er} janvier 1911, p. 4.
- P. DUVAL. — La dilatation idiopathique du gros intestin. — *Revue de Chirurgie*, 1903.
- Traitement du mégacôlon, résultats opératoires, étude critique. — *Revue de chirurgie*, 1909.
- P. DUVAL et ROUX. — La reconstitution d'un pseudo-cæcum aux dépens du côlon ou de l'anse iléo-colique après colectomie droite ou totale.
- Pierre DUVAL. — A propos de l'article de M. M. Robineau et H. Lafitte sur la technique et les résultats de l'iléo-colectomie. — *Arch. des Mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, XVII, 1927, n° 4, avril, p. 411.
- FERNSTRÖM. — Contribution à l'étude du volvulus du côlon sigmoïde et spécialement de sa forme chronique. Technique de la résection colique. — *Acta chirurgica Scandinavia*, vol. LVI, décembre 1926, p. 213.
- FERRARY. — Mégacôlon sigmoïde avec méso-sigmoïdite rétractile. Colectomie avec abouchement à la peau des deux extrémités intestinales. Cure radicale de l'anus artificiel. Guérison. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1925, p. 1060.
- FICLER (A.). — Consideratiuni asupra unui caz de maladie lui Hirschsprung spitalul, XLV, 1925, n° 6, juin, p. 229.
- J. M. T. FINNEY. — Hirschsprung's disease. — *Surg. Gyn. et obstetr.*, XXXIV, 1922, n° 1, janvier, p. 123.
- FINOCHIETTO (R.). — Mégasigmoïdeum. Occlusion aguda por volvulus y occlusion valvular. — *Semana medica*, XXXII, 1925, n° 20, 14 mai, p. 1033.

- E. R. FLINT. — A case of megacôlon. — *British Med. Journ.*, 1922, n° 3191, 25 févr., p. 310.
- FULLERTON A. — Dilatation congénitale du côlon traitée par la dilatation du sphincter pelvi-rectal. — *The British Medical Journal*, n° 5459, 23 avril 1927, p. 753.
- FOWLER, DAVIDSON, MELLON. — Congenital megacôlon in adult. — *Surg. Gyn. et obst.*, XXXIV, 1922, n° 5, mai, p. 601.
- FROELICH. — Mégacôlon dû à une imperforation anorectale. — *Rev. Med. de l'Est*, XLVII, n° 4, juil., p. 155.
- FROELICH. — Mégacôlon chez l'enfant. 8 cas. — *Revue Méd. de l'Est*, novembre 1926.
- GAUDART D'ALLAINES (F.). — Deux cas de volvulus du côlon pelvien traités par la résection immédiate. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. de chirurgie (Parer)*, L, III, 1927, n° 9, 9 mars, p. 357.
- GAYET et PATEL. — Le traitement du mégacôlon chez l'adulte. — *Lyon chirurgical*, 1911, tome V, n° 3, p. 209.
- GIORDANO G. — Contributio al trattamento chirurgico del megacôlon. — *Il policlinico*, XXX, 1923, n° 6, 15 juin, page 281.
- F. GOEBEL. — Zur aetiologie Hirschsprungschen Krankheit. — *Deuts. zeits J. Chirurgie*, CLXV, 1921, n° 5, 6 août, p. 428.
- S. GRAVES. — Congenital idiopathie. Dilatation of côlon or Hirschsprungs disease. — *Annales of Surgery Philadelphia June*, 1918, n° 6, p. 734.
- GRIFFAULT (P. H.). — Contribution au traitement chirurgical du mégacôlon sigmoïdien. — Thèse de Montpellier, 1925, in 8°, n° 96.
- GROVE. — Mégacôlon de la S iliaca. Résection de la S entéro-anastomosis termino-terminal par invagination. — *Bol. de la Soc. de Cir. de Chile*, IV, 1926, n°s 2-3, 28 avril, p. 35.
- M. GRUGET. — Deux cas de volvulus du côlon pelyien. — *Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chir.*, 1925, p. 1115.
- GUILLAUME. — Etude critique et physiopathologique des opérations dirigées contre la constipation et la stase. — *Gaz. des hôp. (Paris)*, n° 54, 7 juillet 1923.
- GUIMBELLOT. — Volvulus de l'S iliaque traité avec succès en période d'occlusion aiguë par la résection de l'anse volvulée avec suture intestinale immédiate. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1920, p. 1456.
- W. GUSSEW. — Zur therapie des volvulus der flexura sigmoïdea. — *Zentr. Bl. f. Chir.*, XLIX, 1922, n° 3, 21 janv. p. 78.
- HALLEZ G. L. — Mégacôlon. — *Gaz. des Hôp.*, XCVI, 1923, n° 20, 10 mars, p. 317.

- G. L. HALLEY et BLECHMANN. — Syndrome de Hirschsprung apparaissant chez un enfant de 3 ans. — *La Pédiatrie pratique*, XIX, 1922, n° 1, 5 janvier, p. 10.
- HITZ (J.). — Trois observations de mégacôlon sigmoïde, dont l'une avec volvulus ; trois opérations selon la méthode de Mikulicz ; trois guérisons. Rapport de J. Okinczyc. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. (Paris)*, LI, 1925, n° 15, 29 avril, p. 494.
- HINTZE. — Experimentelle Untersuchung über den volvulus der flexura sigmoïdea. — *Arch. f. Klin. Chir.*, XXXI, 1922, p. 280.
- HURST ARTHUR F. G. M. A. M. D., OXON, F. R. C. P. — Les sphincters du canal alimentaire et leur signification clinique. — *Arch. des mal. de l'app. digest. et des mal. de la Nutrition*, XV, 1925, janvier, p. 1.
- HOEFER et WITTGENSTEIN. — Zur pathogenese und internen therapie der Hirschsprung'schen Krankheit. — *Berliner klin. Woch.*, LVIII, 1921, n° 28, 11 juillet, p. 771.
- HUGNIER (A.). — Mégacôlon sigmoïdien sus-jacent à un rétrécissement de la portion terminale du côlon pelvien. — *Paris chirurgical*, XVII, 1923, n° 2, 4 février, p. 85.
- ISHIHAWA (N.). — Experimentelle und Klinische Untersuchungen über die Pathogenese und das Wesen des Megakolons. Mitteil. a. d. mediz. Fakultät d. Kaiserl. Kyushu. — Universität, VII, 1923, p. 339.
- ISMOJIK. — Contribution à l'étude des troubles gastriques et duodénaux, au cours de la maladie de Hirschsprung. — Thèse de Paris, 1927.
- JAYLE. — La dilatation idiopathique du côlon observée au XVI^e siècle. — *Presse Médicale*, 1909.
- P. P. JOHNSON. — Megacolon in the adult, with report of two cases. — *Boston Med. et Surg. Journal*, CLXXXIV, 1921, 27 janvier, p. 88.
- DE JOSSELING, DE JONG et MUSKENS. — Mégacôlon congénital. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, tome XXI, 1910, p. 647-670.
- R. DE JOSSELIN, DE JONG et B. P. B. PLANTENGA. — Ueber die Aetiologie des Sogenannten megacolon congenitum. — *Hirschsprung'sche Krankheit. Jahrb. f. Kinderhk.*, XCVI, 1921, n° 6, déc. p. 332.
- E. S. JUDD et H. L. THOMPSON. — Analysis of 65 cases du mégacôlon. — *Minnesota Med.* July, 28.
- KAECKELL. — Hirschsprung'sche Krankheit und vegetatives nervensystem. — *Berliner klin. Werh.*, LVII, 1920, 25 oct., p. 1021.

- KERR H. H. — The radical treatment of Hirschsprung's Disease. — South M. J., 1925, page 290.
- KOETTLITZ (H.). — Remarques sur un cas de mégacôlon chez l'adulte. — *Le scalpel*, 1923, n° 24, 16 juin, p. 665.
- KONJETZNY. — La maladie de Hirschsprung et ses rapports avec les anomalies de situation congénitale ou acquise du côlon sigmoïdien. — *Beiträge zur klinischen chirurgie*, tome LXXVIII, mai 1923, p. 155.
- KONZETZNY. — Maladie d'Hirschsprung. — Rapports avec les anomalies de situation acquise ou congénitale du côlon sigmoïdien. — *Beiträge zur Klin. Chirurgie*, tome LXXV, 11 mai 1911, p. 155.
- LADD (W. E.). — Mégacôlon. — *Boston med. et surg. Journ.*, CLXXXIV, 1921, 27 janvier, p. 81.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Anatomie normale du sympathique digestif.
- LAPOINTE (A.). — Mégacôlon congénital de dimensions considérables. — *Bull. Soc. de pédiatrie de Paris*, XXII, 1924, n° 8, 9, 19 nov., p. 379.
- LARDENNOIS. — Un cas de mégacôlon. Pathogénie et traitement. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1924, p. 592.
- P. LECÈNE. — Volvulus du gros intestin. — *Revue de chirurgie*, 1910. — Colectomies pour mégacôlon sigmoïdien. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie (Paris)*, 1925, 16, 6 mai, p. 522.
- LEFÈVRE. — Constipation chronique par mégacôlon sigmoïdien. — *Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1925, 12 juil., p. 439.
- R. LABBÉ et SAINT-AIZIÈRE (Mlle). — Mégacôlon congénital chez un enfant de 5 ans. — *Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris*, XXII, 1924, n° 8-9, 18 nov., p. 387.
- LE GALMÉ. — Le mégacôlon. — Thèse de Paris, 1909.
- LE FLAIVE P. J. — Sur le volvulus chronique du côlon sigmoïde. — Thèse de Paris, 1927, in-8°, n° 132 (Paris-Arnette).
- LEMOINE. — La chirurgie du sympathique. — Bruxelles, Imprimerie médicale et scientifique.
- LESNÉ et BARUK. — Dilatation segmentaire congénitale du gros intestin. — *Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris*, 1923, n° 8-9, 20 novembre, p. 355.
- LEROY DES BARRES. — Sur un cas de dilatation dite idiopathique du gros intestin avec dilatation de la vessie. — *Gaz. des hôp.*, 1903.
- LETONDAL (P.). — Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant. — Thèse de Paris, 1925, in-8°, n° 385 (Paris-Arnette).

- LEVEUF. — Volvulus d'un mégacôlon pelvien. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1925, p. 692.
- J. A. H. MAGOUN. — Dilatation of the colon simulating hirsch-sprung's disease. — *Surq. Gyn. et Obst.*, XXXIV, 1922, n° 1, févr., p. 198.
- MARAGLIANO. — Contribution à la pathogénie du mégacôlon et son traitement dans la 1^{re} enfance. — *La Reforma médica*, 9 mai 1927, p. 433.
- MERIEL. — La colectomie à temps successifs généralisée à tous les segments du côlon. — *Toulouse médical*, XXIX, 1928, n° 2, 15 janvier, p. 33.
- MIGINIAC. — Le traitement du mégacôlon sigmoïdien compliqué d'occlusion aiguë. — *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, XII, 1922, n° 1, page 22.
- MONNIER. — Du traitement du mégacôlon congénital. — *Schweiz Med. Woch.*, 10 fano 1924, n° 2, p. 63.
- E. MONNIER. — Contribution au traitement du mégacôlon de l'enfance. — *Schweiz. med. Wochesc.*, 18 octobre 1923, n° 42, pp. 973-977.
- MOREAU (L.). — Examen radiologique d'un mégacôlon congénital. — *Arch. d'électricité méd.*, XXXV, 1927, n° 530, oct., p. 397.
- MOURIQUAND et BERNHEIM. — Mégacôlon chez un enfant myopathique. — *Lyon Médical*, 5, déc. 1926.
- MOURA. — Le mégacôlon. — Thèse inaugurale (Rio-de-Janeiro), 1926.
- MOURE (R.) et AUMONT. — Volvulus d'un mégacôlon pelvien. Résection suture latéro-latérale. Guérison. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, LI, 1925, n° 17, 13 mai, p. 558.
- NAUDROT. — Volvulus d'un mégacôlon pelvien, sphacèle complet de l'anse. Résection avec abouchement des 2 bouts à la peau. Anastomose termino-latérale ultérieure. Guérison. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1919, p. 677.
- NAVARRO. — Sur le mégacôlon. — *Bull. et Mém. de Chir.*, 25 mars 1912.
- OKINCZYC. — Atrésie congénitale du côlon. Ses rapports avec la maladie d'Hirschsprung. — *Revue de chirurgie*, 1909.
- Sur le volvulus de l'S iliaque. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1921, page 29.
- OKINCZYC et MICHON. — Hémi-colectomie gauche pour mégacôlon. Guérison. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1920, p. 609.
- PATEL. — Mégacôlon. Rapport au VI^e Congrès national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. — Toulouse, 27 sept. 1910.

- PAUCHET. — Mégacôlon congénital. Traitement. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, XLV, n° 23, 23 juillet, p. 1198. Discussion p. 1210.
- PAUCHET V. — Mégacôlon. — *Paris Chirurgical*, XII, n° 5, juillet-août 1920, p. 321.
- Le volvulus iliaque. Traitement. — *Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris*.
- Il megacôlon. — *La Reforma medica*, XXXVIII, 1922, n° 14, 3 avril, p. 318.
- PEIXOTO MARTINS STOFFEL F. — Contribuição ao estudo da doença de Hirschsprung. — Thèse de Rio-de-Janeiro, 25 mars 1926.
- PERLMANN (J.). — Megasismoïdeum und mesosismoïditis. — *Zentralbl. f. chir.*, LII, 1925, n° 5, 31 janvier, p. 230.
- PEHU et GAILLARD (C.). — Sur deux cas de mégacôlon chez les enfants. — *Lyon-Médical*, LVI, 1924, n° 5, 3 février, p. 149.
- P. PENNATO. — Megaoesophage et megacôlon. — *Giornale di clinica medica*, 20 mars 1924, p. 121-133.
- J. PETIT. — Occlusion intestinale par mégacôlon pelvien colectomie. Suture termino-terminale. — *Normandie méd.*, XXXIII 1922, n° 5, 1^{er} mai, p. 175.
- F. H. POOL et F. J. Mc. JOWAN. — Chirurgie du gros intestin. — *Amer. Journ. Surg.*, mars 1928, n° 3, pp. 245-261.
- RABÈRE J. — Mégacôlon pelvien. Colectomie après invagination côlo-rectale. — *Bruxelles méd.*, III, 1923, n° 11, 11 janv., p. 281.
- REUBEN M. S. — Hirschsprung's diseases. — *Arch. of pediatrics*, XL, 1923, n° 1, janv., p. 49.
- RICHE. — Mégacôlon chez une femme de 70 ans. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1911.
- RICOLEI. — Volvulus du côlon pelvien par maladie de Hirschsprung, suivi de mésosismoïdite rétractile. — *Concours médical*, XLVII, 1925, n° 23, 7 juin, p. 1385.
- ROMANI (R.). — Contributo Clinico e radiologico alla patogenesi del megacolon. — *Med. Journ. et Record*, CXIX, 1924, n° 4, 20 février, p. XXIV.
- ROUX-BERGER (J. L.). — Mégacôlon recto-sigmoïdien tordu. Opération, guérison. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, (Paris), LI, 1925, n° 13, 1^{er} avril, p. 418.
- L. SENCERT et R. SIMON. — Un cas d'occlusion intestinale par mégacôlon chez une jeune femme enceinte de 4 mois. Entérostomie, puis hémicolectomie. Guérison. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris XLVIII, 1922, 22 févr., p. 267.

- SENCERT (L.) et SIMON (R.). — Deux cas de mégacôlon guéris par colectomie. — *Arch. franco-belges de chirurgie*, XXV, 1922, n° 6, mars, p. 493.
- SHAINÉ (M. S.). — A case of megacolon. — *Med. journ. et Record*, CXIX, 1924, n° 4, 20 fév., p. XXIV.
- SCHEMMEL. — Ein fall von Megacolon und megasigmoideum. — *Medizinische Klinik*, 1926, XXII, n° 23, 9 juin, p. 881.
- M. J. SCHOENBERG. — A case of acute retrobulbar nevritis in a child with intestinal stasis (congenital dilatation of the colon). — *Arch. of ophtalmol.*, XLVIII, n° 1, janvier, p. 56.
- SLESINGER E. G. — Elongation of the pelvic colon and its surgical treatment. — *Lancet* (London), CCXI, 1926, n° 5371, 7 août, p. 274.
- STEINTHAL K. — Zür Aetiologie und therapie den Hirschsprung'schen Krankheit. — *Beitz 3 Klin. chir.*, CXXXVII, 1926, n° 3, p. 401.
- STRANDGAARD. — Zidlig diagnose af Hirschsprungs sygdom hospitals-tia, LXVI, 1923, n° 35, 29 août, p. 131.
- SOUPAULT Robert. — Résultat éloigné anatomique et fonctionnel de colectomie subtotale. — *Arch. des Mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, XVI, 1926, n° 7, juillet, p. 822.
- TIERNY (A.). — Megacôlon. Son traitement par la sympathicectomie. *Gaz. des hôpitaux* (Paris), CL, 1928, n° 13, 15 février, p. 228.
- TONNINI. — Mégacôlons congénitaux, 1924.
- J. P. TOURNAUX. — Un cas de volvulus du côlon pelvien par méso-sigmoïdite rétractile. — *Toulouse médical*, XXIII, 1922, n° 1, 1^{er} janvier, p. 19.
- TOURMEUX (J. P.). — Volvulus du côlon pelvien par méso-sigmoïdite rétractile. — *Concours méd.*, XLIV, 1922, n° 49, 3 décembre, p. 3877.
- VARGAS SALCEDO (L.). — Un caso de colectomia total. — *Vol. de la Soc. de Chir. de Chile*, V, 1927, n° 14, 26 oct., p. 241.
- VEAU (V.). — Deux mégacôlons traités chirurgicalement. — *Bull. Soc. de pédiatr. de Paris*, XXII, 1924, n° 10, déc., p. 438.
- VELASCO BLANCO L. — Consideraciones sobre un caso de megacolon. — *Arch. de la conferencia de med. del josp. Ramos mejia*, VI, 1922, n° 3, juillet, sept., p. 5.
- J. VILLETTE. — Volvulus de l'S. iliaque : 3 cas opérés et guéris. — *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, XL, 1922, n° 5, 29 janvier, p. 82.
- K. VOGEL. — Zur frage der Aetiologie der Hirschsprungschen Krankheit. — *Mitteil a. d. grenzgeb. d. mediz. u. chir.*, XXXIV, 1922, n° 5, p. 637.

- WADE et ROYLE. — Traitement opératoire de la maladie d'Hirschsprung. Nouvelle méthode par ramisection avec explication de la technique. — *Medical Journal Australia*, n° 1, 1927, 19 janv.
- WEILL M. — Contribution à l'étude de la maladie d'Hirschsprung. — Thèse de Nancy, 1910.
- A. G. WEISS et P. PORCHER. — Existe-t-il une colisation de l'intestin grêle après colectomie ? Recherches expérimentales. — *Arch. des Mal. de l'App. dig. et de la Nutrition*, XVII, 1927, n° 4, 1925, juillet, n° 7, page 692.
- A. G. WEISS. — A propos de la colisation de l'intestin grêle. — *Arch. des Mal. de l'App. dig. et de la Nutrition*, XIII, 1927, n° 4, avril, p. 413.
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
